

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 113

Travail de la Clinique du Professeur TIXIER

Contribution à l'étude du
CANCER DE L'ESTOMAC
revêtant la symptomatologie du
CANCER DU RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Sophie CONSTANTINESCO

née à BUCAREST (Roumanie) le 5 Mars 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER DE L'ESTOMAC
REVÊTANT LA SYMPTOMATOLOGIE
DU CANCER DU RECTUM.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 113

Travail de la Clinique du Professeur TIXIER

Contribution à l'étude du
CANCER DE L'ESTOMAC
revêtant la symptomatologie du
CANCER DU RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 23 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Sophie CONSTANTINESCO

née à BUCAREST (Roumanie) le 5 Mars 1898



LYON

Imprimerie BOSC Freres & Co

42 Quai Gailleton, 42

Téléphone 53-54

1925

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
FHEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
FHEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; LAROYENNE, assesseur ;

COTTE et ROUBIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR C. CONSTANTINESCO

Mort pendant la Grande Guerre au service de sa Patrie

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR A. CONSTANTINESCO

A MA SŒUR DORINE, PRINCESSE SOUTZO

Licenciée es-lettres

A MA SŒUR ZOÉ CONSTANTINESCO

Licenciée es-sciences

A MON ONCLE CONST. NICOLESCO

Docteur es-sciences

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINE

Doyen de la Faculté de Lyon

Hommage très respectueux de ma profonde reconnaissance pour la haute protection dont il a bien voulu m'entourer. Qu'il veuille croire à mon éternelle gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Qu'il me soit permis de le remercier pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence du jury de ma thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Je ne saurais lui exprimer avec assez de force toute ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il a bien voulu me témoigner.

Je lui dois le sujet de cette thèse, pour la préparation de laquelle il a bien voulu m'accorder constamment sa collaboration inestimable. Je lui serai éternellement reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A MADemoisELLE DE CLAUSEL

Directrice de la Fondation Franco-Américaine de l'Enfance.

Je suis heureuse de pouvoir lui témoigner ici ma gratitude pour l'aide précieuse que j'ai rencontré en elle. Maintes fois elle m'a témoigné sa sollicitude, guidée par des sentiments élevés, de son cœur noble.

Je lui serai reconnaissante toute ma vie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER DE L'ESTOMAC
REVÊTANT LA SYMPTOMATOLOGIE
DU CANCER DU RECTUM.

A la *forme dyspeptique du cancer du rectum* décrite par Gosselin, dans laquelle les symptômes attirent l'attention du côté de l'estomac, on pourrait, dans le but de mettre en évidence une erreur de diagnostic possible, préjudiciable au malade, opposer une *forme à symptomatologie rectale du cancer de l'estomac*.

A vrai dire, il ne s'agit pas d'une forme clinique, en ce sens que les troubles fonctionnels relèvent bien d'une lésion anatomique du rectum lui-même, ou du cul-de-sac de Douglas, et l'on ne peut pas décrire une *forme rectale du cancer de l'estomac* avec plus de raison qu'on ne peut appeler le syndrome de Krukenberg : forme ovarienne du cancer de l'estomac.

Il n'en est pas moins vrai que les manifestations cliniques de ces métastases rectales peuvent prendre le pas sur celles du cancer de l'estomac, qui en est l'origine, au point que le diagnostic de cancer du rectum peut être porté à tort, avec les conséquences thérapeutiques qu'entraîne cette erreur de diagnostic.

C'est donc à dessein que nous avons inscrit en tête de notre travail ce titre à allure paradoxale, dans le désir d'attirer l'attention sur l'existence même de ce problème

de diagnostic et mettre en évidence les difficultés qu'on peut avoir à le résoudre.

Pourtant, les métastases rectales du cancer de l'estomac sont à l'heure actuelle trop peu connues pour qu'il soit possible d'en étudier les manifestations cliniques sans avoir groupé dans une étude d'ensemble les connaissances, actuellement acquises sur ce sujet, mais encore un peu éparses.

Aussi avons-nous donc puisé parmi les documents recueillis par le Professeur agrégé P. Bonnet, qui nous a confié ce travail et prépare une étude critique sur ce sujet, pour apporter un aperçu des notions de pathogénie, de valeur pronostique et de thérapeutique que soulève l'étude de ces métastases.

Notre effort s'est attaché surtout à grouper des observations, éparses dans la littérature, destinées à mettre en valeur l'intérêt clinique de ce sujet.

Il a porté aussi de façon très particulière sur la présentation d'une bibliographie, incomplète sans doute, mais minutieusement consultée, et qui peut être utilisée avec fruit pour l'étude des métastases rectales du cancer de l'estomac.

Historique.

Les métastases pelviennes du cancer de l'estomac, celles du Douglas en particulier, sont connues de date déjà très ancienne : Virchow les a signalées et explique leur genèse par la chute des débris néoplasiques dans le point le plus déclive de la cavité séreuse, où ils se développent comme l'arbre ou le buisson, disait-il, qu'on rencontre sur le versant d'une montagne et qui tire son origine des graines tombées du sommet et arrêtées par quelque aspérité au niveau de laquelle ils ont pris racine.

On savait bien aussi, par des observations éparses, que des métastases pelviennes peuvent, à longue échéance, à la suite d'une résection gastrique pour cancer, donner lieu à des accidents d'occlusion qui ramènent le malade au chirurgien (Kappeler, Jaboulay, Kelling). La thèse de Leriche, en 1906, en rapporte plusieurs observations de Delore (Clinique de Poncet), Gouilloud, Garré.

Pourtant, la valeur clinique de ces métastases n'avait pas été entrevue.

Strauss insistait déjà, cependant, depuis 1895, sur la valeur séméiologique de ces métastases perçues au toucher rectal. « C'est là un lieu où nous avons constaté à plusieurs reprises la présence de métastases, d'autant

plus dignes d'intérêt qu'elles sont plus facilement accessibles au toucher. » Il ajoute en 1899 : « On rencontre dans quelques cas, comme symptôme précoce, ou comme seul symptôme, des nodules métastatiques dans le cul-de-sac de Douglas... J'ai observé deux nouveaux cas de cette sorte dont un mérite un intérêt particulier parce que, d'après la seule constatation de métastases dans le Douglas, on put établir le diagnostic entre un ulcère du pylore et un cancer développé sur un ulcère. »

L. Laroyenne, dans son « Essai sur la séméiologie du Douglas chez la femme », 1901, écrivait aussi : « Nos amis, les docteurs Gallavardin et Charvet, nous ont montré récemment une pièce de cette nature : un cancer colloïde du péritoine périgastrique propagé au grand épiploon avait donné naissance à une plaque néoplasique du fond du Douglas, large comme la paume de la main. Il existait une ascite considérable. On n'avait pas recherché pendant la vie cette localisation, mais il est bien possible qu'on eût pu sentir par le toucher vaginal, la plaque indurée qui lui correspondait. Peut-être cette constatation, que nous ne savons pas avoir été jamais faite pendant la vie, pourrait-elle aider, dans certains cas, au diagnostic d'un cancer péritonéal plus ou moins latent ».

Bensaude et Okinczyc, en 1905, entreprennent une étude des métastases intestinales du cancer de l'estomac. Ils mettent en évidence, pour la première fois, l'association possible des métastases rectales, à d'autres métastases étagées sur l'intestin. Ils font remarquer en outre que pareilles métastases ne se rencontrent pas dans un cancer

quelconque de l'estomac, mais presque toujours dans un cancer infiltré, dans la forme « linite plastique. »

A différentes reprises, en particulier en 1910, *Bensaude* poursuit l'étude des métastases pelviennes et s'attache plus particulièrement à établir la valeur séméiologique de la métastase rectale.

Des observations éparses, publiées entre temps, et quelques travaux d'ensemble de *Payr*, *Newton Pitt*, *Toyosumi*, *Blumer*, *Schnitzler*, *Lejars*, *Lenormant*, de *Crame*, *Øehler*, rapportent les erreurs commises et font ressortir les difficultés du diagnostic, tandis que d'autres étudient la valeur diagnostique et pronostique de la métastase pelvienne (*Palmer*).

L'étude d'ensemble de *MM. Cade* et *Roubier*, l'article de *M. Mollard*, ceux de *MM. J.-F. Martin* et *J. Dechaume*, la thèse de *F. Jammes*, représentent la contribution récente des travaux lyonnais à l'étude des métastases pelviennes.

Notions étiologiques.

Longtemps avant que la métastase soit appréciable cliniquement et perceptible au toucher rectal, le cul-de-sac de Douglas serait le siège de semis néoplasiques émanés de la tumeur primitive. *Rosenstirn*, au cours de 15 autopsies de sujets morts de cancer de l'estomac, examine méthodiquement au point de vue histologique le cul-de-sac de Douglas, d'aspect apparemment sain pourtant, et y découvre la présence d'une infiltration de cellules néoplasiques. Pour lui, les nodules métastatiques du Douglas représentent le stade le plus jeune des métastases.

Les examens cliniques où le toucher rectal est pratiqué de façon systématique, semblent établir la fréquence relative de la métastase sous forme de dépôt pelvien prérectal.

Blumer, sur 9 carcinomes gastriques, trouve 5 fois la localisation secondaire prérectale.

Palmer, dans la Clinique des frères Mayo, à Rochester, pratiquant le toucher rectal systématique sur 307 malades atteints de cancer de l'estomac, découvre dans 6,5 % des cas le « pelvic deposit ».

Les métastases du Douglas sont-elles plus fréquentes chez l'homme ? C'est la conclusion de Schnitzler qui les rencontre 10 fois chez l'homme, une fois seulement chez la femme. Il admet que la métastase du Douglas est une greffe de germes néoplasiques tombés dans le Douglas.

Chez la femme, les cellules seraient arrêtées et reprises par les ovaires, pour donner lieu aux métastases ovariennes du type Krukenberg, tandis que chez l'homme, elles tombent jusqu'au fond du Douglas.

Pourtant cette prédominance chez l'homme ne semble pas établie. *Bensaude*, sur 17 cas, trouve 8 hommes et un sujet de sexe indéterminé. *Palmer* compte 10 femmes sur 28 cas observés.

Les métastases rectales et prérectales semblent à peu près particulières au cancer de l'estomac.

Schnitzler, sur 11 cas, trouve 10 fois comme cancer primitif celui de l'estomac. Dans un seul cas, il s'agissait d'un cancer du pancréas.

Les recherches de *Palmer* avaient porté sur 435 cas de cancers de l'abdomen supérieur ; 307 étaient des cancers de l'estomac, les autres appartenaient à l'intestin, au pancréas, au foie et à la vésicule biliaire.

Chez la plupart des malades qui présentaient le « pelvic deposit » le cancer primitif appartenait à l'estomac. Les autres cas étaient des cancers de l'anse iléo-cœcale, du côlon ascendant, de l'S iliaque, du foie.

Le cancer primitif de l'estomac peut être un carcinome ordinaire. *Bensaude* et *Okinczyk* ont mis en évidence la relation très particulière que présentent ces métastases avec le cancer infiltré, la « *linite plastique* ».

Pathogénie.

Il convient de ne pas oublier qu'à côté des métastases rectales et périrectales que nous avons surtout en vue ici, on peut observer :

La présence concomitante au niveau de l'estomac et du rectum de *deux cancers primitifs de nature différente* (Tixier, Devic et Gallavardin, Letulle et Jacquelin). Les observations en sont rares et d'interprétation difficile ;

L'existence d'un cancer du rectum par *greffe muqueuse secondaire* de débris néoplasiques issus de la tumeur gastrique primitive. Les exemples en sont d'une exceptionnelle rareté (Letulle).

La métastase est de beaucoup le mode d'infiltration néoplasique des tuniques rectales le plus habituel.

Parmi les métastases perceptibles au toucher rectal, toutes ne relèvent peut-être pas de la même pathogénie :

a) Les unes, celles du *cul-de-sac de Douglas*, semblent se faire par greffe péritonéale comme l'admet Virchow.

Nous avons signalé déjà l'opinion de Schnitzler pour qui, chez la femme, les germes néoplasiques tombés de la tumeur primitive sont arrêtés par les ovaires et repris pour donner les métastases ovariennes, tandis que chez

l'homme, ils s'amassent dans le fond du Douglas. Pour Rosenstirn, c'est une implantation qui suit les lois de la pesanteur et c'est exclusivement la partie la plus profonde du Douglas qui présente des métastases, tandis que les parties situées plus haut, en avant ou en arrière du cul-de-sac, restent libres de métastases.

b) Les autres plus nettement *infiltrées dans l'épaisseur même des tuniques du rectum* ont une origine plus complexe :

Parmi ces dernières, les unes peuvent provenir d'*embolies ou greffes péritonéales* localisées au voisinage du bord libre ou au point de contact de l'insertion mésentérique. Letulle a bien décrit la tendance qu'ont ces greffes péritonéales à envahir jusqu'à la muqueuse les parois intestinales.

D'autres semblent se faire par *voie lymphatique*. La métastase, débutant au niveau de l'insertion mésentérique tend à encercler le rectum et à réaliser une sténose.

Il est possible qu'alors la propagation se fasse par l'intermédiaire de collecteurs lymphatiques issus de l'estomac et réunis par anastomose à ceux de l'intestin, dans l'épaisseur des feuillets mésentériques. L'envahissement des ganglions communs aux lymphatiques de l'estomac et à ceux de l'intestin, par l'intermédiaire de leurs afférents gastriques, provoquerait par thrombose rétrograde (Cunéo) une infection des afférents intestinaux (Bensau-de). La propagation par voie lymphatique paraît la plus vraisemblable pour expliquer les métastases de la limite plastique, étagées sur l'intestin jusqu'au niveau du rectum.

Œhler admettrait volontiers que l'envahissement du rectum se fait par la voie du *système porte* dans les cas où existent, en même temps que la métastase rectale, des nodules dans le foie et dans la rate, comme il l'a observé.

Il discute de même les voies d'un envahissement par *voie artérielle* qu'il considère comme possible.

Étude Anato-mo-Clinique.

Nous avons vu que la métastase du Douglas peut exister anatomiquement, décelable à l'examen histologique, alors qu'elle est encore inappréciable à l'examen clinique (Rosenstirn).

On peut retenir deux formes anato-mo-cliniques de métastases rectales :

1 *L'infiltration prérectale du cul-de-sac de Douglas.*
Dans les formes les moins avancées où le toucher rectal est pratiqué de façon systématique au cours de l'examen d'un malade atteint de cancer de l'estomac reconnu, on va à la recherche d'un cancer abdominal soupçonné, on constate :

A 6, 8 ou 10 centimètres de l'an us, immédiatement au-dessus de la prostate ou séparée d'elle par un ou deux centimètres de muqueuse souple, chez l'homme ; en arrière de l'isthme utérin chez la femme, le long de la paroi antérieure du rectum, on perçoit une plaque indurée immobile, manifestement intrapéritonéale. A ce stade, elle représente le « pelvic deposit » de Palmer. Elle est médiane, légèrement saillante, donnant au doigt la sensation du

chaton d'une bague cachet (Schnitzler), dépliée et immobile.

A un stade plus avancé, des nodosités soulèvent la muqueuse qui devient fixe, tendue à la surface des nodules saillants, amincie et comme rétractée.

Ultérieurement, les nodosités se fusionnent. La masse prérectale, au niveau de la partie sus-prostatique, se soulève, fait relief dans la lumière de l'intestin, en même temps qu'elle l'infiltré latéralement. Elle est de consistance toujours ferme, squirrheuse. La muqueuse amincie, rétractée comme la peau d'orange d'un cancer du sein, reste pourtant intacte et ne s'ulcère pas, ou ne s'ulcère que très tardivement, en surface, sans jamais donner passage dans la lumière du rectum à un bourgeonnement néoplasique.

Cette forme ressemble singulièrement au squirrhe du rectum dont nous trouvons la description dans le traité de Daniel Mollière :

« D'après Allingham, le squirrhe se développerait le plus ordinairement vers la partie antérieure du rectum, au niveau de la prostate chez l'homme. Presque toutes les tumeurs squirrheuses qu'il m'a été donné d'observer jusqu'ici occupaient précisément cette situation. En tout cas, ce qu'il importe de signaler au point de vue clinique, c'est que le squirrhe débute profondément au-dessous de la muqueuse et qu'il envahit presque d'emblée les tissus périrectaux. » (D. Mollière).

Les manifestations cliniques de cette première forme sont réduites au minimum.

2° *La sténose périrectale :*

Ici les manifestations cliniques sont celles de l'obstruction intestinale pouvant aller jusqu'à l'iléus.

Peut-être n'est-elle dans certains cas que le stade le plus avancé de l'infiltration prérectale. Pourtant, il est probable qu'il existe des formes sténosantes d'emblée par infiltration périrectale. Elles paraissent répondre aux cas où la métastase, généralement secondaire à une linite plastique, a emprunté la voie mésentérique.

La sténose, une fois constituée, se présente de la façon suivante :

A 8 centimètres au-dessus de l'anus (Jaboulay, Payr, Garré), débute une sténose circulaire, infundibuliforme, en virole, serrée au point d'être infranchissable au doigt et ne laisser passage qu'à un tuyau de plume (Garré), au petit doigt (Nuthall et Emanuel).

La muqueuse reste lisse, et non ulcérée, épaissie, plissée, froncée et encore mobilisable par places. La paroi du rectum à ce niveau est épaisse d'un centimètre, indurée et fixe, donnant l'impression d'un processus inflammatoire chronique. L'infiltration des tissus périrectaux est telle que le haut rectum paraît emmuré, blindé.

La tumeur sténosante que le doigt atteint ne s'abaisse pas dans les efforts et dans les poussées du malade.

La hauteur de la partie sténosée peut être réduite à 4 centimètres (Garré). Le plus souvent, elle est étendue en hauteur vers le côlon sigmoïde, dont le mésentère est épaissi, infiltré, rétracté, au point d'imprimer une couture à l'intestin.

Cette forme sténosante de la métastase rappelle la forme infiltrée que l'on rencontre au niveau de l'estomac et mérite le nom de *linite plastique du rectum* (Jaboulay).

De cette seconde forme encore, nous retrouvons la description, sous le nom de squirrhe, dans ces lignes de Daniel-Mollière : « La muqueuse saine, qui glisse sur le tissu de nouvelle formation, n'offre aucune apparence, mais elle est comme froncée autour de la lumière rétrécie de l'intestin. Le cancer naît, dans quelques circonstances, par infiltration, et envahit d'emblée une longueur considérable d'intestin. »

Diagnostic.

Le problème du diagnostic peut se présenter dans des conditions très différentes :

1° *Les manifestations cliniques attirent l'attention du côté du rectum :*

Le plus souvent ce sont les signes d'obstruction intestinale, pouvant aller jusqu'à l'iléus, qui conduisent le malade à un examen médical.

Le toucher rectal permet de percevoir une sténose qui est prise le plus souvent pour un cancer sténosant, en virole.

La nature métastatique de la sténose reste insoupçonnée. Le cancer de l'estomac, souvent d'ailleurs cliniquement latent, n'est pas décelable, d'autant que le météorisme ne permet pas l'exploration de l'abdomen.

L'opération s'impose par les accidents de l'iléus.

Le traitement s'adresse à l'occlusion ; le cancer de l'estomac n'est reconnu qu'à l'autopsie.

2° *L'examen méthodique d'un malade soupçonné de cancer abdominal conduit à pratiquer le toucher rectal :*

Satisfait dans son diagnostic par la constatation, au toucher rectal, d'une infiltration haut située, de la paroi

antérieure du rectum, le médecin se contente du diagnostic de cancer du rectum, qui suffit à expliquer l'état de cachexie du malade. Cet état de cachexie se trouvant, par lui-même, une cause d'inopérabilité, on ne pousse pas plus loin l'examen anatomique de la tumeur perçue au toucher rectal.

Aussi, dans la plupart des cas, le diagnostic de la nature exacte des lésions n'est-il pas fait, et le cancer de l'estomac primitif reste une trouvaille d'autopsie.

Pourtant, un examen plus approfondi pourrait, en pareil cas, mettre en garde contre l'erreur de diagnostic qui est évitable :

Tout d'abord, *les signes mêmes fournis par le toucher rectal* frappent par leur particularité : le doigt ne perçoit pas le bourgeonnement néoplasique qui, dans le cancer primitif du rectum, occupe la lumière même du conduit. La muqueuse paraît intacte, fixée, amincie, il est vrai, soulevée parfois de nodules saillants, mais sauf exception (Bensaude, obs. I; Devis et Gallavardin) elle n'est jamais ulcérée, et le doigt ne ramène ni glaires, ni sang, ni débris néoplasiques d'odeur ichoreuse.

Au besoin, la *rectoscopie* (Bensaude, Cade et Roubier) dans le cas où elle est praticable, confirmerait l'absence d'ulcérations de la muqueuse.

Ailleurs, ce sont les *commémoratifs* qui attirent l'attention du côté de l'estomac : l'existence d'un passé gastrique connu se retrouve chez quelques malades (voir obs. I d'Oehler). Si l'on en tient compte, il fait porter l'examen de ce côté.

Ou bien c'est la constatation d'une *ascite* qu'explique

mal un cancer primitif du rectum, qui fait soupçonner l'existence d'un cancer de l'estomac.

Parfois aussi, ce sont des *signes physiques paradoxaux* ou des *sympômes fonctionnels* rares dans le cancer du rectum qui font porter ailleurs l'examen : c'est l'*anorexie*, un dégoût des aliments peu habituel au cancer du rectum, qui attirent l'attention du côté de l'estomac. C'est surtout l'existence d'un *syndrome de sténose pylorique* plus ou moins net : ce sont les *caractères de vomissements*, leur type pylorique (P. Bonnet) associés à l'état d'inanition extrême (Tixier); l'existence d'ondes péristaltiques (Cade et Roubier) qui invitent à explorer l'estomac, y font découvrir une tumeur, et conduisent à l'interprétation exacte de la tumeur perçue au toucher rectal.

Lorsqu'on est averti par la connaissance de ces métastases dans le Douglas du cancer de l'estomac, et par l'expérience du toucher rectal, on doit avoir, pour ainsi dire, le réflexe de porter immédiatement l'examen du côté de l'estomac.

Cela ne veut pas dire que le diagnostic soit facile, dès l'instant qu'il est soupçonné.

Dans la clinique du Professeur Tixier, qui depuis plusieurs années porte attention particulière à ces métastases du Douglas, deux fois une erreur d'interprétation a été commise : une première fois, chez une femme âgée, on avait fait le diagnostic de métastase au Douglas d'un cancer probable de l'estomac, cliniquement latent, et l'opération révéla l'existence d'une annexite avec rétraction du Douglas.

Dans un autre cas, récemment observé, et qui devait, dans l'esprit du Professeur agrégé P. Bonnet, illustrer notre thèse, le diagnostic ne fut pas confirmé par l'autopsie. Nous rapportons à titre documentaire le résumé de cette observation.

Mme B., 61 ans, est admise d'urgence le 21 décembre 1924, dans la clinique du Professeur Tixier, avec le diagnostic d'occlusion intestinale en rapport avec un cancer du rectum.

Le début de l'affection actuelle remonte à un mois environ. A ce moment apparurent progressivement des troubles de la défécation avec obstruction progressive, accompagnée de coliques abdominales violentes.

Anorexie complète depuis trois semaines. Perte des forces, gêne dans la miction.

A l'entrée : abdomen météorisé, un peu d'ascite certaine, bien que le seul signe soit un tremblotement en gelée de la paroi. Au creux épigastrique, traces d'application de topiques.

Au toucher rectal, combiné au toucher vaginal, on perçoit une masse du volume d'un poing, dure, bosselée. La paroi antérieure du rectum est refoulée par des bosselures irrégulières, saillantes, comblant en partie le rectum. La muqueuse à la surface est lisse, amincie, adhérente, mais non ulcérée, ne saignant pas au doigt. Il ne s'agit pas d'un bourgeonnement néoplasique intrarectal. Ces caractères attirent l'attention et font immédiatement penser à une masse métastatique occupant le Douglas. Une main va palper la région épigastrique où l'on perçoit très facilement, malgré le ballonnement, une masse volumineuse lisse et dure, ne subissant pas les mouvements de la respiration. Elle se perd en haut sous le sternum, à gauche sous les fausses côtes et descend à deux travers de doigt de l'ombilic. A droite la masse ne semble pas faire corps avec le foie qui n'est pas perçu. On porte le diagnostic de cancer de l'estomac avec masse métastatique du Douglas.

La malade souffre atrocement, de façon continue. Elle gé-

mit et se plaint de souffrir de faux besoins d'uriner et d'aller à la selle.

Le 7 janvier, sur les instances de la malade, on se résout à tenter, par une laparotomie exploratrice, de découvrir soit des phénomènes d'occlusion indiquant de faire un anus, soit une autre cause de douleur contre laquelle on pourrait agir, quand cela ne serait que par l'évacuation de l'ascite et la mise à l'air du péritoine.

Opération, le 7 janvier 1925. — Laparotomie médiane. On trouve un tablier épiploïque oedémateux tombant dans le pelvis, farci d'énormes nodules nummulaires, néoplasiques, très nombreux. En glissant la main vers l'estomac, on perçoit une tumeur du volume de deux poings, plaquée contre la colonne, qui ne paraît pas être un cancer habituel de l'estomac, car elle forme un énorme bloc immobile.

Il vient du liquide ascitique roussâtre, de tous les points de l'abdomen, du Douglas surtout. Le pelvis est rempli de masses bourgeonnantes, néoplasiques, parmi lesquelles on ne reconnaît rien, ni l'utérus, ni les ovaires, mais une de ces masses est mobiles et pourrait être l'utérus couvert de bourgeons ; il ne semble pas probable qu'il s'agisse d'une tumeur ovarienne, car on ne sent nulle part de bourgeon dont le volume dépasse celui d'une noix. Tous sont agglomérés en une masse qui blinde le haut rectum. Le côlon sigmoïde n'est pas dilaté, mais il est plaqué contre la paroi et des franges néoplasiques adhérentes ne permettent pas de l'extérioriser. On ne peut donc songer à faire un anus.

Il s'agit en somme d'une généralisation au péritoine d'un néoplasme probablement gastrique, à la rigueur pancréatique, et non d'un néoplasme du rectum.

Suites opératoires. — L'opération apporte un très grand soulagement des douleurs. Peu à peu, cependant, la malade décline et succombe le 26 février à des accidents de péritonite et d'occlusion.

Autopsie, 27 février. — On trouve les anses soudées sous l'épiploon farci de nodules. L'estomac, sain, est soulevé, étalé au devant d'un gros kyste hématique du volume d'une tête

d'enfant, occupant l'arrière cavité des épiploons, et étalant le petit épiploon. Son contenu est brun, poisseux, noirâtre, strié de boue blanchâtre. Il n'adhère pas au pancréas qui est rosé, normal. Ce kyste n'est pas un cancer. Il faut donc chercher le cancer primitif qui est généralisé au mésentère, de tout l'intestin jusqu'au Douglas. Rien au foie. Après avoir évidé en bloc le pelvis, on ouvre le rectum. Sa face antérieure présente la plaque bourgeonnante et saillante. La muqueuse adhérente est plissée, ridée, ratatinée, contre la tumeur du Douglas, mais non envahie. La vessie ouverte se montre saine, mais l'uretère droit, englobé dans la masse néoplasique, est extrêmement dilaté.

Le vagin ouvert se termine en un cul-de-sac fermé par atrophie sénile. On fend alors l'utérus au couteau et on découvre des nodules néoplasiques infiltrant le muscle utérin dans tout le corps, sans altérer la muqueuse. La face postérieure de l'utérus se confond intimement avec la masse néoplasique qui soulève le rectum, et l'enroule sur la face postérieure et le fond de l'utérus.

On admet le diagnostic probable de sarcome de l'utérus avec envahissement du Douglas par contiguïté et généralisation. Le kyste hématique de l'arrière cavité des épiploons paraît devoir être interprété comme une lésion concomitante.

L'examen histologique confirme ce diagnostic.

Le diagnostic, on le voit, n'est pas toujours facile.

Les lésions annexielles (Payr) accompagnées de cellulite pelvienne chronique (Palmer) ; l'infiltration pseudo-carcinomateuse de la paroi intestinale dans les inflammations des annexes (Füth) ; les nodules de la péritonite tuberculeuse à localisation pelvienne, ne sont pas toujours faciles à différencier. Palmer signale même comme erreur de diagnostic possible la présence de masses fécales haut situées dans le côlon sigmoïde et basculées au-devant du rectum.

La difficulté du diagnostic se complique encore du fait que la métastase rectale peut être *associée à d'autres lésions sténosantes, étagées, de l'intestin*, et souvent à *des tumeurs ovariennes*, susceptibles à elles seules d'expliquer le semis des nodules dans le Douglas.

Il n'y a pas jusqu'à l'existence, exceptionnelle et pourtant possible de tumeurs primitives concomitantes (Devic et Gallavardin, Letulle et Jacquelin) qui ne vienne ajouter encore aux difficultés du diagnostic de la lésion locale et de son interprétation.

Valeur diagnostique et pronostique de la métastase rectale.

La constatation, au toucher rectal, d'une infiltration prérectale, est d'une importance considérable pour le *diagnostic* de la lésion causale.

Le plus souvent l'examen rectal est pratiqué alors qu'on est à la recherche d'un cancer abdominal que font soupçonner les signes de cachexie. La métastase, une fois constatée, peut faire admettre le diagnostic probable d'un cancer primitif de l'estomac.

Nous avons vu, en effet, que l'infiltration prérectale, le « pelvic deposit » se rencontre de façon très particulière et à peu près exclusive dans le cancer de l'estomac (Palmer, Schnitzler). Elle est beaucoup plus exceptionnelle au cours des cancers d'autres organes abdominaux, tels que pancréas, gros intestin, vésicule biliaire.

Sa valeur diagnostique paraît d'autant plus digne d'être notée que la métastase rectale existe seule dans grand nombre de cas :

« D'autre part, dit Bensaude, quand les métastases atteignent d'autres organes, ce ne sont, la plupart des fois, pas ceux que l'on voit pris habituellement dans le cancer de l'estomac : le foie, organe de prédilection des noyaux

secondaires, est souvent indemne. Il en est de même du poumon, de la rate, des reins. »

Dans les recherches de Palmer, l'induration spéciale du Douglas avait été constatée en toute netteté chez 28 malades et, d'autre part, aucun d'eux ne présentait trace, à l'examen, d'autres noyaux secondaires abdominaux. Deux fois seulement on constatait de l'ascite. Le « dépôt pelvien » avait donc une signification tout à fait particulière et propre.

Deux fois seulement l'adénopathie sus-claviculaire était combinée au « pelvic deposit » (Palmer).

La métastase rectale a même, pour Bensaude, une portée plus précise encore, puisqu'elle indique presque à coup sûr la présence de tumeurs multiples étagées le long du tractus intestinal et révèle une limite plastique cancéreuse étendue à tout l'organe ou limitée à la région pylorique.

La valeur pronostique de la métastase rectale ne semble pas moins grande. Aussi le toucher rectal systématique doit-il être recommandé dans l'examen d'un malade atteint d'un cancer de l'estomac. « Les manifestations secondaires ne sont pas tellement rares dans le cancer de l'estomac qu'on ne doive pas s'en inquiéter dans chaque cas particulier. » (Kelling).

D'autant que la valeur pronostique de cette métastase n'est pas à négliger. Palmer cite des exemples de néoplasmes gastriques bien limités, bien mobiles, parfaitement opérables, semblait-il, et dans lesquels le toucher rectal, en démontrant la généralisation, a révélé du même coup l'inutilité et les contre-indications de toute intervention radicale.

A plusieurs reprises, dit-il, dans les premiers temps, le « pelvic deposit » n'a été découvert qu'au cours de la laparotomie. On s'est arrêté là de l'opération, et tous les malades ont succombé dans les quelques mois qui ont suivi. C'est que, dans le pronostic vital, le signe pelvien serait d'une gravité toute particulière (Palmer).

Cette affirmation nous paraît trop absolue et mérite d'être révisée d'après les faits que nous apportons :

En effet, le malade du Professeur Tixier survécut quinze mois à la gastro-entérostomie. Le malade de Kappeler, qui avait subi une résection de l'estomac, fut opéré un an et neuf mois plus tard pour les accidents occasionnés par la sténose rectale. Jaboulay pratiqua une résection du segment rectal sténosé le jour anniversaire de la résection gastrique pratiquée un an auparavant pour linite plastique. Les deux malades de Kelling furent opérés à l'occasion d'une métastase rectale respectivement onze ans et deux ans dix mois après la résection gastrique ; celui de Delore (Clinique de Poncet), 21 mois après ; les malades de Garré et de Guillaud 19 mois après. Et dans toutes ces observations, la métastase rectale était manifeste cliniquement ou existait anatomiquement au moment de l'opération gastrique.

Schnitzler dut même pratiquer dans le même temps la gastro-entérostomie et la colostomie de dérivation commandée par les accidents d'occlusion. Son malade survécut un an.

Indications thérapeutiques.

La présence des métastases rectales et périrectales ne peut donc pas être considérée de façon absolue, comme nous venons de le voir, et contrairement à l'opinion émise par Palmer, comme une contre-indication à une intervention, même radicale, s'adressant à l'estomac.

Faut-il aller plus loin et accepter la proposition de Rosenstirn, qui pose le principe de l'extirpation systématique du cul-de-sac de Douglas, associée à la résection gastrique, dans le cancer de l'estomac ? Jusqu'à présent, cette conduite opératoire ne semble avoir été suivie par personne.

La tumeur rectale doit-elle être elle-même l'objet d'une intervention radicale ?

L'extirpation du rectum pour métastase rectale n'est excusée que par l'erreur de diagnostic qui laissa méconnu le cancer de l'estomac primitif.

Par contre, les accidents d'occlusion intestinale peuvent faire naître, à eux seuls, l'indication d'une colostomie de dérivation.

Quant à l'intervention radicale sur le segment sténosé du rectum, lorsque la métastase se manifeste secondairement à une résection gastrique pour cancer, elle est jusqu'à un certain point justifiée par la limitation relative des lésions (Jaboulay) mais ne semble pas vouée à donner des résultats éloignés suffisants pour en légitimer le principe.

OBSERVATIONS

Nous avons délibérément laissé de côté les observations, très nombreuses, où la métastase rectale méconnue cliniquement, fut découverte à l'autopsie, pour ne retenir que celles où la tumeur rectale constatée s'est trouvée être une cause d'erreur ou a donné lieu à une discussion de diagnostic.

Pour la clarté de l'exposition, nous en avons effectué un classement, qui met en évidence les conditions dans lesquelles se présente le diagnostic.

1° *On porte le diagnostic clinique de cancer primitif du rectum. — L'autopsie révèle l'existence du cancer de l'estomac.*

OBSERVATION I

(ORTH J., *Path. Anat. Diagnostik*, 6^e édition, p. 483)

Montre une préparation d'un cancer de l'estomac dont l'implantation secondaire avait poussé presque dans la muqueuse du rectum. On avait, pendant la vie, diagnostiqué un cancer du rectum.

(Recueillie dans l'article de Toyosumi. La 6^e édition de l'ouvrage d'Orth n'existe pas à la Faculté de Lyon et les premières éditions ne font que singaler les métastases dans le cul-de-sac de Douglas, sans mettre en évidence leurs rapports avec le cancer de l'estomac.)

OBSERVATION II

(TOYOSUMI)

Le 8 mars 1906, un homme fut envoyé aux fins d'autopsie. On avait fait à la Clinique médicale le diagnostic de cancer du rectum avec métastases.

Ce cas qui me fut confié par le Professeur Ribbert, en vue d'une vérification, est intéressant, comme le montre l'autopsie, à un double point de vue.

En premier lieu, notamment, elle montra que la sténose du rectum n'était pas causée par un cancer primitif, mais par une métastase, que cette observation se range à côté des cas rares de cancers de l'intestin métastatiques sténosants, dans lesquels les métastases ont donné lieu aux premières manifestations. Un cancer métastatique de cette sorte n'a pas été décrit jusqu'à présent.

En deuxième lieu, elle montre que les métastases cliniquement admises n'étaient pas semblables, mais qu'il s'agissait d'une tumeur maligne d'une autre sorte particulière, que donc deux tumeurs malignes se rencontraient en même temps et que les deux avaient donné lieu à des métastases.

Cadavre d'homme très amaigri, avec abdomen très fluctuant. Aux côtés droit et gauche de la région des côtes inférieures, on voit une tuméfaction diffuse de la paroi thoracique. A la coupe, on voit que, de chaque côté, siège sur la 7^e côte, une tumeur qui a détruit l'os complètement. A la coupe s'écoulent de la tranche de section des masses très molles, violacées, dont la couleur va jusqu'au jaune verdâtre. La deuxième côte à droite et la sixième à gauche sont détruites de même façon. Une tumeur du volume d'une tête d'enfant, molle, de même constitution que la tumeur de la paroi thoracique, se trouve au niveau de l'os iliaque droit. Sur la plèvre costale des deux côtés, comme sur le diaphragme, on voit échelonnés des nodules proéminents, aplatis, étalés, du volume d'un pois, qui se montrent à la section blanchâtres, de consistance ferme. Foie et reins sans particularité. Le côlon adhère à l'estomac par des brides blanchâtres, très résistantes. L'estomac est petit. Ses parois sont partout très épaissies, de façon régulière, épaisses d'un centimètre, et très dures au

toucher. La musculature succulente, œdémateuse, est épaisse d'un demi centimètre. La muqueuse partout saillante, très œdémateuse. Dans la région du pylore, on voit sur la muqueuse un nodule néoplasique aplati, de forme irrégulière, long de 3 centimètres, large d'un centimètre et demi, limité par un bourrelet circulaire. Pourtant on ne trouve nulle part de perte de substance de la muqueuse. Le pylore est modérément rétréci, encore bien perméable. Au niveau du duodénum, rien de particulier. La paroi de l'iléon et du côlon transverse est très épaissie, œdémateuse. La muqueuse du rectum est parfaitement intacte.

A environ 5 centimètres au-dessus de l'anus, le rectum est entouré d'une formation blanc jaunâtre, de 2 centimètres d'épaisseur, très dure, qui fait que le rectum est très rétréci circulairement.

Dans la prostate et le pancréas, rien de particulier. L'abdomen renferme 4 litres de sérosité libre, jaune clair.

Diagnostic d'autopsie : carcinome diffus de l'estomac. Métastase dans le Douglas. Sténose du rectum. Tumeur osseuse du bassin. Métastases dans les deux côtés (myélome ?).

Il ressort de ce protocole, qu'il ne s'agissait pas d'un cancer primitif du rectum; mais d'un carcinome primitif de l'estomac qui était resté cliniquement sans manifestation, tandis que la sténose du rectum était conditionnée par un tissu dur, calleux, cicatriciel, squirrheux, situé extérieurement par rapport à la paroi rectale, et qui devait être considérée comme une métastase du carcinome de l'estomac.

Examen histologique de l'estomac. — C'est un squirrhe de l'estomac. La muqueuse était tout à fait intacte jusque sur la saillie ombiliquée. Le carcinome est né dans la sous-muqueuse d'où il a poussé dans la musculuse, jusqu'à la séreuse, mais non dans la muqueuse.

Examen anatomique du rectum. — La paroi, 5 centimètres au-dessus de l'anus, est très épaissie. Elle forme à ce niveau un anneau rigide, épais, dont la sténose avait fait admettre un cancer primitif du rectum. Dans la couche muqueuse, on ne trouve aucune altération. L'épaississement occupe la séreuse et s'étend de là à l'intérieur de la musculuse et dans la

sous-muqueuse. Les cellules épithéliales se trouvent dans la sous-muqueuse et la couche musculieuse. Dans les espaces conjonctifs de la couche musculaire interne, les cellules épithéliales se montrent très entassées. Là, les travées conjonctives sont traversées par les cellules épithéliales partout jusqu'aux plus petits réseaux. Leur ordonnance montre la même constitution que dans la paroi gastrique. Tout d'ailleurs rappelle la constitution d'un carcinome, pauvre en parenchyme, riche en tissu conjonctif (stroma), et pour cette raison, dur et ferme, c'est-à-dire d'un squirrhe. Il s'agissait donc d'une métastase d'un squirrhe extrêmement dur de l'estomac.

De telles métastases d'un cancer méconnu de l'estomac sont très intéressantes et pratiquement importantes.

Elles peuvent, dans certains cas, conduire à l'opération dans la pensée qu'il s'agit d'une tumeur primitive.

OBSERVATION III

(Maurice LETULLE et André JACQUELIN)

Cancer de l'estomac coexistant avec un cancer du rectum.

Le malade M..., âgé de 68 ans, forgeron, entre dans le service du Professeur Bezançon, le 9 mai 1919, pour troubles digestifs et asthénie.

Ces symptômes ont débuté trois mois auparavant par des douleurs abdominales, et, après les repas, des sensations de pesanteur épigastrique, parfois suivies de nausées et de vomissements peu abondants.

Cependant, conservation de l'appétit.

A ces troubles se surajoutent peu à peu, de dyspnée d'effort, de l'amaigrissement et surtout des ordres de symptômes : d'une part des douleurs très violentes siégeant dans l'hypochondre gauche et dans la région iliaque gauche, et d'autre part, des hémorragies anales de sang noir, très fétide, qui se répètent, épuisent le malade et l'obligent à entrer à l'hôpital.

Le 9 mai, on est en présence d'un malade dont l'état général d'anémie, d'amaigrissement, éveille immédiatement l'idée

d'un cancer viscéral. De l'œdème des membres inférieurs, la réaction du myxœdème sont notés.

L'examen de l'abdomen provoque une douleur diffuse, mais nettement plus intense dans la région sous-ombilicale et surtout à la partie inférieure de l'hypochondre gauche. La paroi abdominale est à la fois distendue et contracturée, et ce fait, joint à la douleur provoquée par la palpation, empêche de percevoir quoi que ce soit de net au niveau de l'estomac, non plus qu'au niveau du côlon.

Le foie est augmenté de volume, mais semble régulier. La rate est normale.

L'examen de l'anus montre l'existence de plusieurs ampoules hémorroïdaires très dilatées.

Le toucher rectal fait sentir, à environ 10 centimètres au-dessus de l'orifice anal et sur la face antérieure du rectum, une tumeur paraissant volumineuse, végétante et saignant au contact du doigt.

Rien au cœur, ni aux poumons. Myosis assez marqué, mais réflexes oculaires normaux. Pas de modification des réflexes tendineux.

Dans les jours qui suivent, le melæna s'accroît, l'état général s'aggrave rapidement et le malade meurt onze jours après son entrée à l'hôpital, le 20 mai.

L'autopsie a montré essentiellement la coexistence de la tumeur diagnostiquée par le toucher rectal et d'un volumineux cancer de l'estomac propagé par le péritoine périgastrique au diaphragme, aux plèvres et aux poumons.

Reprenons les détails de ces lésions :

1° L'estomac est envahi sur ses deux faces, mais surtout sur sa face postérieure, par une masse néoplasique s'étendant depuis le cardia jusqu'à la région pylorique qui est même dépassée, de petits îlots cancéreux débordant sur la muqueuse duodénale. Plusieurs ganglions cancéreux fixent l'estomac à la paroi postérieure de l'abdomen et aux reins dont le pôle supérieur est envahi par le cancer, le droit plus que le gauche. Les deux surrénales sont englobées dans la même masse.

2° Les deux poumons apparaissent d'emblée très altérés. Du côté gauche, on découvre, à la surface de la plèvre, plu-

sieurs placards cancéreux, les uns très superficiels, les autres s'enfonçant dans le tissu pulmonaire ; mais même, pour ces derniers, il est facile de reconnaître que les lésions ont commencé par la plèvre. Du côté droit existe une zone de pleurésie aiguë récente, fibrineuse, au niveau du bord antérieur du poumon ; sur la face diaphragmatique du lobe inférieur apparaissent des îlots blanchâtres, circonscrits par endroits et dont la nature cancéreuse ne paraît pas douteuse. Plusieurs lésions pulmonaires, nodulaires, assez peu volumineuses, rappellent l'aspect de celles du poumon gauche.

Les ganglions du médiastin sont particulièrement envahis.

3° Le cœur est gros, adipeux. Athérome léger au niveau de l'origine de l'aorte, plus intense sur l'aorte abdominale, et accompagnée de calcification à l'origine des artères iliaques primitives.

4° Le foie et la rate sont normaux. La vésicule biliaire est seulement un peu distendue.

5° Tout le tube digestif compris entre l'estomac et le rectum est normal ; l'examen minutieux du grêle, du cæcum, des côlons ascendant, transverse et descendant, ne révèle aucun bourgeon cancéreux, ni sur leur face interne, ni sur leur face péritonéale.

6° Le rectum présente, à la marge de l'anus, un volumineux paquet hémorroïdal, et à 10 centimètres au-dessus de l'anus, sur la face antérieure du conduit, une volumineuse masse cancéreuse, un peu plus haute que large, mesurant environ 9 centimètres de haut sur 8 centimètres de large, couverte de bourgeons très saillants.

Ainsi donc les lésions macroscopiques constatées à l'autopsie nous ont montré l'existence de deux tumeurs distinctes, l'une gastrique et l'autre rectale, sans propagation apparente de l'une à l'autre. L'étude histologique nous a paru confirmer cette indépendance.

1° L'estomac est atteint d'un carcinome à petites cellules dont les colonies ont largement défoncé toutes les couches de l'organe, y compris le péritoine dans lequel elles forment des blocs volumineux. Le plus grand nombre des îlots de ce car-

cinome sont en voie de dégénérescence colloïde encore discrète ou très avancée.

Sur aucun des points examinés, les cellules cancéreuses n'offrent les caractères de l'épithélium cylindrique. Les portions non encore cancérisées de la muqueuse gastrique sont atteintes de putréfaction cadavérique très étendue.

2° Le rectum est le siège de vastes ulcérations cancéreuses qui s'accompagnent de lésions inflammatoires subaiguës très profondément térébrantes jusque dans l'épaisseur des couches musculuses du rectum. Le type de ce cancer est remarquablement pur. Il s'agit d'un épithéliome cylindrique qui paraît bien être né aux dépens des longues glandes en tube de la muqueuse rectale. On peut, sur certaines coupes, voir commencer la transformation cancéreuse au voisinage même des longues glandes encore conservées. Le travail ulcératif qui détruit ce cancer s'accompagne en maints endroits de gros bourgeons inflammatoires très riches en vaisseaux sanguins, plus ou moins entremêlés avec des colonies de cellules cancéreuses. Les masses cancéreuses logées dans les couches musculuses y dessinent de longues cavités d'apparence glandulaire ou même kystique : de nombreux détritits s'accumulent dans certaines de ces cavités cancéreuses et y forment des blocs d'aspect fibrinoïde vivement teintés en rouge orangé par l'éosine. Parfois, des dépôts calcaires s'incrustent dans ces blocs et l'on peut même trouver de place en place des cellules géantes tantôt adjointes aux détritits fibrino-caséux intrakystiques et tantôt incrustées dans les mailles du tissu conjonctivo-vasculaire qui entoure les colonies cancéreuses aberrantes au milieu des masses musculaires. En résumé, les détails qui précèdent permettent de penser que le cancer de l'estomac agissant pour son propre compte a donné lieu à des embolies suivant les voies lymphatiques, surtout nombreuses dans le poulmon. Le cancer du rectum paraît, comme le cancer de l'estomac, primitif. Il était largement ulcératif et avait éveillé autour de lui des réactions inflammatoires subaiguës sans être allé jusqu'aux généralisations métastatiques. Les caractères différentiels des éléments cellulaires sont assez précis pour permettre ce diagnostic.

Discussion :

P. Moure demande si le cancer du rectum était bien d'origine intrarectale et s'il ne s'agit pas d'une greffe secondaire dans le cul-de-sac de Douglas avec propagation à la paroi rectale.

M. Letulle. — La différenciation histologique permet d'affirmer la dualité de ces deux cancers.

Bien que cette observation soit celle d'un cas de coexistence de cancer du rectum et de cancer de l'estomac, elle n'en présente pas moins un intérêt clinique, sur le même plan que celui de la métastase rectale. Aussi n'avons-nous pas hésité à la placer dans ce groupe, qui doit rester exclusivement clinique.

OBSERVATION IV

(MM. Ch. ACHARD, J. MOUZON et G. MARCHAL)

*Linite plastique à foyers multiples : estomac, iléon,
côlon, rectum.*

Mme Cast..., âgée de 63 ans, entre le 8 février 1923, salle Debove, n° 18, à l'hôpital Beaujon.

Elle est dans un état de cachexie avancée, sa maigreur est extrême et son corps décharné ; la peau est plissée, sèche et terreuse. Contrastant avec cet amaigrissement général, l'abdomen est volumineux, sillonné de veines dilatées, sus et sous-ombilicales. On constate la présence d'une ascite mobile. Depuis plusieurs mois, le malade éprouve des troubles digestifs. Une anorexie telle que l'alimentation se réduit à quelques gorgées de lait, de tisane et de limonade ; une diarrhée très fréquente, non douloureuse, liquide, non sanglante ni fétide. C'est à l'insuffisance de son alimentation que cette femme attribue sa maigreur et sa faiblesse. On note aussi une tendance à l'hypothermie, sa température restant habituellement au-dessous de 37°. L'examen du cœur et des poumons ne révèle rien de particulier. Le foie et la rate ne peuvent être explorés

à cause de l'ascite. Il n'y a pas d'ictère. Les urines sont rares, sans albumine ni sucre. Les jambes sont légèrement œdématisées. La malade n'est pas sujette aux épistaxis, et n'a pas d'hémorroïdes. Il n'y a pas d'adénopathies inguinales ni sus-claviculaires. L'ascite est ponctionnée : le liquide citrin, clair, limpide, peu fibrineux, ne renferme que peu de lymphocytes et de cellules endothéliales.

Après la ponction, le foie et la rate ne montrent rien de particulier au palper ni à la percussion. Le toucher rectal révèle un anneau de striction, régulièrement circulaire, induré, situé à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus, et s'opposant à la pénétration du doigt au-dessus. Le toucher n'est pas douloureux, le doigt ne ramène pas de sang ni d'ichor fétide.

L'examen radiologique et la rectoscopie ne peuvent être faits en raison de la faiblesse de la malade.

On fait le diagnostic de cancer du rectum avec propagation au péritoine. La cachexie fit, d'ailleurs, des progrès rapides. A partir du 15 février, la malade reste confinée au lit; l'œdème s'étendit; l'incontinence des matières apparut; des douleurs vives, diffuses dans l'abdomen, nécessitèrent des piqûres de morphine. La mort survint le 27 février.

Autopsie. — L'ouverture du péritoine donne issue à une dizaine de litres de liquide citrin. La séreuse est recouverte, par endroits, de placards blanchâtres et durs.

L'estomac est petit, rétracté, induré, adhérent aux plans profonds, surtout à l'endroit de sa grande courbure, et du pylore qu'il faut sculpter pour les isoler du tissu lardacé qui englobe le pancréas.

L'intestin est le siège de lésions analogues. Dans sa partie terminale de l'iléon, sur plusieurs centimètres de long, on observe des anneaux de striction et l'intestin est dur et infiltré. Il en est de même de l'angle hépatique du côlon.

Enfin, le rectum est infiltré, adhérent, difficile à isoler en arrière.

Le péritoine rétro-gastrique est épaissi et de consistance caséuse. Les surrénales sont incluses dans la rétro-péritonite, ainsi que les ganglions du petit épiploon. Par contre, le grand épiploon paraît normal. Le foie est adhérent sur ses deux faces

par des brides calleuses qui crient sous le couteau. La rate est atteinte de périsplénite.

Les poumons, le cœur et les gros vaisseaux, les reins, l'utérus paraissent normaux.

Examen histologique. — Corps de l'estomac : toutes les tuniques sont infiltrées et épaissies.

La muqueuse montre des glandes bouleversées, en partie détruites par des cellules cancéreuses, petites, arrondies, à noyau atypique, et par des pinceaux fibreux perpendiculaires à la musculaire muqueuse, et de plus en plus denses à mesure qu'on se rapproche de celle-ci. Les nodules lymphoïdes sont plus nombreux et plus gros qu'à l'état normal. La musculaire muqueuse est pénétrée par les cellules cancéreuses et par le tissu fibreux sur toute sa longueur.

La sous-muqueuse est envahie au maximum par l'infiltration linitique. La néoformation fibreuse y dessine des faisceaux et des tourbillons englobant des cellules cancéreuses en paquets disséminés.

La musculaire est dissociée par des traînées désordonnées de cellules entourées de fibres conjonctives ondulées ou d'un fin réseau de fibrilles. Quelques filets nerveux sont envahis par des cellules cancéreuses. Le tissu fibro-cancéreux envahit aussi la sous-séreuse.

Cardia : la propagation du cancer se fait dans la couche musculaire et le long de la sous-muqueuse, avec beaucoup plus de faisceaux conjonctifs que de cellules cancéreuses. Les assises profondes de l'épithélium pavimenteux de l'œsophage sont dissociées. Un lymphatique apparaît oblitéré par du tissu fibreux et quelques cellules cancéreuses.

Antre pylorique : même aspect général que dans le reste de l'estomac, mais la musculature est plus épaisse et morcelée par de nombreux îlots de tissu linitique.

Pylore : le gros bourrelet musculaire est dissocié en d'innombrables petits faisceaux par l'invasion de cellules cancéreuses comprises dans un treillis conjonctif.

Première portion du duodénum : les glandes de Brunner sont intactes. La muqueuse ne présente que de l'infiltration

lymphocytaire, mais considérable par places. La propagation se fait un peu par la sous-muqueuse et davantage par la musculuse. Elle reste d'ailleurs discrète.

Terminaison de l'iléon. — La muqueuse ne montre plus que des vestiges de glandes dans son tissu réticulé, bourré de cellules cancéreuses arrondies. Les leucocytes sont très abondants. Les follicules clos restent facilement reconnaissables. La sous-muqueuse est envahie totalement par les cellules cancéreuses contenues dans les mailles d'un tissu conjonctif abondant. La musculuse est dissociée et la sous-séreuse infiltrée aussi par le tissu de l'inite.

Rectum : Dans la muqueuse, outre une infiltration lymphoïde, on voit les glandes comprimées et détruites en partie par un tissu dense, où l'on trouve les cellules cancéreuses et d'abondants trousseaux fibreux. La musculuse est dissociée par la linité. A sa base, on voit un alignement de cavités lymphatiques avec des embolies cancéreuses. On y observe une néoformation conjonctive qui paraît se faire *in situ* dans la lumière des vaisseaux lymphatiques. Les cellules cancéreuses sont emprisonnées dans un reticulum coloré en rouge par la méthode de Van Giesou et dont les fibrilles prennent leur base d'implantation sur la paroi du vaisseau. Sur un vaisseau lymphatique envahi par le tissu fibreux, on observe un aspect tout autre : un faisceau conjonctif effondre la paroi vasculaire et s'épanouit à l'intérieur du vaisseau. On peut donc se demander si la néoformation fibreuse à l'intérieur des lymphatiques envahis provient d'un bourgeonnement conjonctif de la paroi, ou résulte seulement de la propagation, le long de la cavité vasculaire, des fibres qui ont pénétré par effraction en un point limité de la paroi, c'est-à-dire en d'autres termes, si le tissu fibreux néoformé est d'origine intra ou extravasculaire. Il se peut, d'ailleurs, que les deux processus interviennent.

Péritonite calleuse. — Le tissu fibreux dessine des tourbillons compacts et serrés ; les cellules cancéreuses sont rares. Des filets nerveux se voient, au milieu de la masse conjonctive, mais non pénétrés par la néoformation. De nombreux lymphatiques sont également encerclés par les tourbillons fibreux

et quelques-uns d'entre eux montrent dans leur lumière des amas de cellules cancéreuses et un réseau conjonctif.

La surrénale gauche est entièrement englobée dans la gangue de linite.

Le pancréas est sclérosé, avec de larges bandes de tissu conjonctif jeune, parsemé de nombreux lymphocytes. A la périphérie, la propagation de la linite se fait sur un segment restreint. Une travée fibreuse a isolé un large fragment de glande dont les acini sont bouleversés par l'invasion des cellules cancéreuses et du tissu conjonctif. Un autre fragment périphérique est transformé en un bloc fibreux parsemé de quelques cellules cancéreuses.

Ce qui dominait dans le tableau clinique, c'étaient les symptômes d'envahissement péritonéal. A cause de l'ascite, le diagnostic se posait entre la cirrhose du foie et le cancer abdominal. Nous avons opté pour le cancer, ayant reconnu le cancer rectal. Mais nous étions loin de soupçonner la forme spéciale de ce fibro-cancer et ses localisations multiples échelonnées sur divers points du tube digestif. D'ailleurs, il n'y avait guère, en fait de troubles gastriques, que l'anorexie, sans signes d'intolérance stomacale, ce qui s'explique par la réduction très grande de l'alimentation et des boissons et l'absence de sténose pylorique. De même, en fait de troubles intestinaux, il n'y avait guère qu'une diarrhée d'apparence banale ; l'absence de melæna et de symptômes d'obstruction, qui sont fréquents dans les cancers de l'intestin, s'explique aussi par l'absence d'ulcérations et de sténose dans les divers segments intestinaux où siégeaient les lésions de linite. Ces lésions sont celles des descriptions classiques : épithélioma à petites cellules, avec réaction conjonctive énorme à tendance fibreuse, atteinte du péritoine sous forme de péritonite calleuse rétro-gastrique et rétro-rectale, envahissement des lymphatiques. Le début du processus a lieu dans les parties profondes des glandes de la muqueuse ; il acquiert son maximum d'étendue dans la sous-muqueuse et de là se répand à la fois vers la muqueuse et la musculuse.

Une des particularités de notre cas est la pluralité des foyers néoplasiques qui s'échelonnent sur le tractus digestif, à la

région pylorique, à la terminaison de l'iléon, à l'angle hépatique du côlon, au rectum, c'est-à-dire en des points où le contenu du tube digestif a tendance à stagner. En outre, l'examen histologique a révélé un autre détail particulier, dont nous ne connaissons pas d'autre exemple. Dans la néoplasie rectale, les lymphatiques envahis nous ont fait voir deux aspects remarquables : autour des cellules néoplasiques incluses dans la cavité vasculaire, nous avons observé des fibrilles conjonctives implantées sur la partie interne de la paroi, et d'autre part, nous avons vu un faisceau conjonctif pénétrant à travers la paroi pour s'épanouir dans l'intérieur du vaisseau, de sorte qu'on peut se demander si la néoformation conjonctive dans les lymphatiques envahis est d'origine intra ou extravasculaire. Il n'y a, d'ailleurs, pas d'incompatibilité entre ces deux processus.

2° On porte le diagnostic clinique de cancer primitif du rectum. — Une intervention est pratiquée pour des accidents en relations avec la tumeur rectale sténosante. — Le cancer de l'estomac n'est reconnu qu'à l'autopsie.

OBSERVATION V

(PAYR) (résumée)

F..., 32 ans, souffrant depuis longtemps du ventre. Constipation opiniâtre. Dans les derniers mois, troubles gastriques. Amaigrissement rapide.

La malade est adressée pour obstruction intestinale avec météorisme.

On perçoit au toucher vaginal deux masses latéro-utérines, l'une plaquée contre l'utérus, l'autre mobile, du volume d'une pomme, ferme, bosselée.

Au toucher rectal, le rectum est rétréci à partir de 8 centimètres au-dessus de l'anus, en virole serrée. Muqueuse épaissie et mobilisable. Paroi rectale épaissie. Fort plissement de la muqueuse. Le doigt insinué dans la sténose perçoit quelques bosselures molles. Le tissu périrectal est infiltré, et cette

infiltration s'étend aux deux paramètres. L'abdomen est très météorisé; tympanisme, hoquet. Vomissements alimentaires.

Diagnostique clinique. — Sténose du rectum. Périrectite. Paramétrite chronique.

Opération. — Colostomie iliaque gauche en deux temps. Au cours de l'opération : ovariectomie de l'ovaire gauche qui est du volume d'une pomme, bosselé. Après l'ablation de l'ovaire, on perçoit la tumeur périrectale immobile et comme emmurée.

Mort de péritonite.

A l'autopsie on découvre une tumeur de l'ovaire droit laissé en place.

Estomac : sténose du pylore. Le pylore, sur une longueur de 12 ou 14 centimètres, est transformé en une couenne dure, épaisse d'un centimètre. La muqueuse est saine, mais soulevée de saillies mamelonnées.

Rectum solidement fixé dans le pelvis. La paroi rectale, à 10 centimètres environ de l'anus, est transformée en une couenne épaisse d'un centimètre, étendue en hauteur, qui, à sa partie moyenne, rétrécit l'ampoule au point qu'on peut à peine y introduire le petit doigt. La muqueuse est restée saine.

L'examen histologique des tumeurs sténosantes de l'estomac et du rectum : carcinome. La tumeur de l'ovaire n'a pas été examinée.

OBSERVATION VI

(SCHNITZLER)

Moi-même, dans les deux premiers cas de ce genre, j'avais fait le diagnostic. Dans un troisième, il m'est arrivé de prendre la tumeur pour un cancer du rectum et de faire l'opération radicale par voie sacrée. Immédiatement après l'opération, l'erreur s'affirma et l'examen du malade, qui survécut six mois à l'opération, permit de reconnaître un cancer de l'estomac qui était pendant longtemps resté latent.

Je sais que d'autres chirurgiens ont fait la même erreur, avec ses conséquences.

OBSERVATION VII

(J. OEHLER, Obs. I)

Un homme d'une quarantaine d'années, jusque-là solide et bien portant, avait maigri de plus en plus dans la dernière année, sans que l'on ait pu trouver à cela une cause plausible.

Quelques mois avant son entrée à l'hôpital, s'étaient installées des difficultés croissantes pour aller à la selle.

Le malade, entré dans la clinique médicale, fut adressé à la clinique chirurgicale, lorsqu'on eut posé le diagnostic de sténose probablement néoplasique, haut située, du rectum.

On ne trouvait aucune lésion particulière, ni aux organes thoraciques, ni aux organes abdominaux.

Le doigt introduit dans le rectum arrivait sur un rétrécissement infundibuliforme, serré, qui, bien que la muqueuse fut lisse et non ulcérée, ne se laissait pas franchir, à cause de l'induration des parois rectales et remontait en hauteur, selon toute apparence.

Il était clair que l'on ne se trouvait pas en présence d'un cancer habituel ; la fixité des parois rectales et l'infiltration de voisinage donnaient plutôt l'impression d'un processus inflammatoire chronique.

Il ne fallait naturellement pas songer à l'extirpation du segment intestinal malade. D'un autre côté, il fallait faire quelque chose, puisque l'intestin n'était pas perméable, et l'iléus menaçait. On conclut donc à l'établissement d'un anus artificiel sur l'S iliaque ou le côlon descendant.

A l'opération, une quantité notable d'ascite fut évacuée, et l'on vit que l'induration s'étendait sur tout l'S iliaque et son mésentère, dont la surface séreuse n'apparaissait plus lisse, mais dépolie et couverte de nombreux petits nodules confluents. L'intestin ne pouvait guère être attiré en haut, à cause de sa fixité et de la rétraction du mésentère. Il fut donc suturé à la plaie de la paroi abdominale et immédiatement ouvert.

Le malade, auquel l'opération avait procuré un soulagement réel, mourut quelques semaines plus tard dans un ma-

rasme profond. L'autopsie montra un cancer gros comme une paume de main au niveau de la grande courbure de l'estomac. Il occupait toute la paroi gastrique et avait donné par la suite une carcinose étendue du péritoine qui s'était développée particulièrement dans les parties profondes de l'abdomen et avait donné lieu à l'infiltration indurée qui pénétrait jusqu'à la muqueuse de la paroi du haut rectum.

OBSERVATION VIII

(J. OEHLER, Obs. III)

Un homme de 42 ans, jusque-là très bien portant, avait depuis huit ans de violents troubles gastriques : douleurs et hémorragies. On admit alors un ulcus (Fleiner) et on formula un traitement médical en rapport. Celui-ci procura un soulagement réel et le malade se trouva assez bien à la suite d'un régime qu'il suivit avec soin.

Depuis six mois sont apparus de nouveaux troubles, notamment un hoquet fréquent. Il se plaignait surtout d'une constipation tenace qui résistait aux laxatifs et donnait lieu à des coliques fréquentes et pénibles.

Après un examen minutieux de l'estomac qui était resté négatif, Fleiner admit que l'ulcère primitif était guéri et que les troubles accusés par le malade devaient faire admettre une sténose néoplasique du rectum. Le malade fut admis à la clinique.

A l'exploration digitale, on percevait, haut dans le rectum, une tumeur, tout juste attingible au doigt, qui était nettement très adhérente aux organes voisins et très peu mobile. Il n'existait pas de déchets caractéristiques du cancer, en tout cas, on ne remarquait pas de sécrétion malodorante. Il n'y avait pas non plus d'hémorragie.

On conclut donc à un cancer du rectum et on décida une extirpation. La sténose était manifestement serrée, car une purgation ne parvint pas à vider l'intestin rempli de masses de matières. Comme la tumeur, très haut placée et fixe, semblait à peine attingible par voie sacrée, on décida d'intervenir chez lui par l'abdomen et, si cela paraissait utile, de

poursuivre l'extirpation par voie sacrée. L'opération fut pratiquée le 2 mars 1899. Incision de la paroi abdominale parallèle au ligament de Poupart. La partie inférieure du côlon sigmoïde est fortement courbée par une tumeur dure, siégeant à l'insertion du mésentère à l'intestin, en une courbe serrée, et solidement blindée par l'infiltration du mésentère.

On parvint cependant à réséquer le segment malade et à unir par suture les deux bords intestinaux. Tamponnement de la plaie.

Bien qu'aucune fièvre ne survint et qu'aucun signe important de péritonite ne se manifestât, le ventre fut bientôt fortement ballonné, le malade souffrit de très violentes coliques et eut des vomissements répétés, pénibles. Tandis que le côlon descendant restait vide, plusieurs anses intestinales fortement distendues se montrèrent à la plaie. Comme elles se ballonnaient, elles furent ouvertes. Il s'en écoula beaucoup de gaz, mais très peu de matières. Le malade déclina bientôt et mourut au septième jour après l'opération.

Au niveau du segment réséqué de l'intestin, on vit, lorsqu'il fut ouvert, une infiltration très accusée de la paroi correspondant au bord mésentérique s'étendant en partie jusque dans la muqueuse. La muqueuse adhérait fermement en deux endroits de la tumeur, séparés par un sillon franc large d'un travers de doigt, amincie et déplissée. Il n'y avait pas d'ulcération.

Comme il s'agissait d'une tumeur cancéreuse, il semblait bien, et il fut confirmé par l'examen histologique, qu'il ne s'agissait pas d'un cancer ordinaire du rectum, mais d'une tumeur qui, du mésentère, s'était infiltrée dans la paroi intestinale et était sur le point de faire irruption dans la lumière de l'intestin. Il ne pouvait s'agir que d'un cancer métastatique.

L'autopsie dut être limitée à l'abdomen. Elle montra encore, en d'autres endroits de l'intestin, des tumeurs qui se comportaient absolument comme celles du segment d'intestin réséqué. Une de ces tumeurs siégeait au côlon ascendant, trois en différents points du grêle. A l'estomac se trouvait un

cancer gros comme la paume de la main, ulcéré, qui occupait complètement la paroi au niveau de la grande courbure, près du fond, et avait contracté des adhérences péritonéales étendues avec le voisinage, notamment avec la rate, et qui devait être envisagé sans doute comme la tumeur primitive. Tous les autres organes de l'abdomen, notamment le foie, étaient libres de métastases. On n'observait pas non plus d'hypertrophie ganglionnaire.

OBSERVATION IX
(OEHLER, Obs. IV)

Un homme de 48 ans, auparavant bien portant, se plaignait depuis quelques mois de troubles de la défécation : constipation et coliques douloureuses. Il n'obtenait des selles que par purgation. Jamais on ne remarqua de sang dans ses selles.

L'appétit, dans les derniers temps, était devenu mauvais, mais il n'existait pas de trouble particulier du côté de l'estomac. Jamais de vomissement.

Homme très amaigri. Ventre un peu ballonné, non sensible à la pression. A l'exploration digitale du rectum, on trouve très haut, à peine attingible au doigt, une tumeur saillante dans la lumière de l'intestin, solidement implantée, mobilisable. Elle ne s'abaisse pas dans les efforts et les poussées du malade. La tumeur ne paraît pas être ulcérée. En tout cas, on ne remarque pas l'odeur caractéristique désagréable et le doigt explorateur ne ramène pas de sang.

Le diagnostic s'arrête à cancer du rectum haut situé, rectosigmoïde. Malgré le misérable état du malade, dont l'urine est trouble et renferme une quantité notable d'albumine, on décide l'opération. En raison du siège très élevé de la tumeur et de sa fixité, on utilise la voie combinée abdomino-sacrée, le 2 décembre 1899.

Après ouverture de l'abdomen, on voit que la partie inférieure de l'S iliaque, fortement recourbée en arc, est solidement fixée par une infiltration et une rétraction du mésentère. La tumeur n'est pas annulaire, mais siège dans la partie de l'intestin correspondant à l'insertion mésentérique,

On mobilise le segment malade de l'intestin qui est enlevé par résection par incision sacrée complémentaire. Suture circulaire des bouts intestinaux. Tamponnement de la plaie. Le malade est très shocké par l'importance de l'intervention et sa longue durée, et cela même le lendemain. Sur le segment d'intestin réséqué (tableau VIII, fig. 3), on voit aussitôt qu'il ne s'agit pas d'un cancer primitif de l'intestin. Au point culminant de la tumeur qui fait saillie en plateau dans la lumière de l'intestin, la muqueuse est très adhérente et montre encore par places son aspect plissé. Il n'y a pas d'ulcération. Ici encore, il sagit manifestement d'une tumeur métastatique qui s'est propagée de l'insertion mésentérique dans la paroi intestinale.

L'autopsie révéla encore dans ce cas, comme tumeur primitive, un gros cancer de l'estomac qui avait donné lieu en outre à d'autres métastases éloignées.

Le protocole d'autopsie est le suivant :

Diagnostic d'autopsie : cancer de l'estomac primitif du cardia avec métastases dans les ganglions mésentériques et la paroi intestinale. Métastase dans le foie. Abscess pyélonéphrétique. Dilatation du ventricule. Anémie cérébrale.

On relève dans la région hypogastrique basse une incision de 12 centimètres de long, parallèle au ligament de Poupart, à 3 centimètres au-dessus. Poumons et cœur rien à signaler. Cavité abdominale : gros météorisme. A l'S iliaque deux nodules d'une grosseur d'un pois. Dans le mésentère de l'S iliaque quelques petits nodules de couleur blanc jaunâtre, de consistance dure. Au voisinage du pylore, dans l'épiploon, un nodule châtaigne. Plus à droite quelques-uns du volume d'une fève. A droite l'angle du colon fortement attiré au pylore est très adhérent. Il y a là encore un nodule blanchâtre. Dans le voisinage de la valvule de Bauhin nombreuses adhérences. Il y a là des épaissements nodulaires et une infiltration en surface de la séreuse. On peut reconnaître la tuméfaction venue de la profondeur jusque sous la sous-séreuse de cette infiltration. De cette plaque indurée partent quelques trainées radiées le long des vaisseaux lymphatiques. Les nodules semés le long de ces cordons apparaissent comme des ganglions altérés.

Dans le mésentère du grêle se trouvent de nombreux nodules. En des points plus élevés il est entouré de nodules et de cordon. Rate : au hile un paquet de nodules blancs. Intestins : dans le segment distal du grêle, sur une longueur d'un centimètre, petits nodules ronds de la grosseur d'un pois, au niveau du bord mésentérique.

Le mésentère, à leur voisinage, est très épaissi et rétracté. Le long des vaisseaux s'étend un épaississement calleux jusque dans la sous-muqueuse. Au-dessus de ce foyer la muqueuse, adhérente, est ulcérée. Il existe une tumeur d'environ trois centimètres de diamètre entourée d'un rempart muqueux. L'épanouissement le plus prononcé siège à la valvule. A sa base l'appendice lui-même est épaissi et induré. L'induration de la paroi intestinale va jusque dans la sous-muqueuse. A trois centimètres de la valvule, il y a une plaque semblable ; plus loin aussi sur tout l'intestin en descendant jusqu'à 40 centimètres vers la valvule. Sur le trajet du côlon transverse l'épiploon est épaissi et très adhérent à la séreuse. L'épaississement ne s'engage pas dans la paroi intestinale.

Estomac : au niveau du cardia et à la partie inférieure de l'œsophage se trouvent des nodules de la grosseur d'une fève à celle d'une cerise. Le cardia, perméable au petit doigt, est épaissi et blanchâtre. Cancer du cardia annulaire allant du cardia jusqu'à un centimètre du pylore, encore couvert de muqueuse. Reins : nombreux abcès miliars. Foie : à la surface : métastases ; dans la profondeur : rien.

3° On constate au toucher rectal l'existence d'une tumeur. — Les caractères anormaux retiennent l'attention, font songer à la possibilité d'une métastase, conduisent à un examen clinique plus complet qui révèle l'existence d'un cancer primitif de l'estomac.

OBSERVATION X

(TIXIER et VIANNAY. — DEVIC et GALLAVARDIN.)

Bien que cette observation figure dans la thèse de Tignel,

sous le titre de cancers primitifs multiples, elle nous a paru, comme à Bensaude, être un cas très caractéristique de métastase rectale.

Nous la faisons donc figurer ici pour cette raison et pour l'intérêt clinique exceptionnel qu'elle présente, renvoyant à la thèse de Tignel pour la discussion de l'interprétation.

L'observation de ce malade présenté une première fois à la société nationale de médecine par M. Viannay, au nom de M. Tixier, a été reprise et complétée au point de vue clinique, par MM. Devic et Gallavardin.

Néoplasme double du pylore et du rectum.

M. Viannay, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Maurice Pollosson. Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, entré à l'Hôtel-Dieu dans une salle de médecine, pour des vomissements durant depuis plusieurs mois et ayant amené un amaigrissement considérable.

Le Dr Chappet, qui examina tout d'abord le malade, diagnostique un néoplasme du pylore et admet l'hypothèse d'un second néoplasme sur le tractus intestinal, en raison d'un météorisme assez notable.

Cet homme fut envoyée nchirurgie, et M. Tixier lui fit une laparotomie, suivie d'une gastro-entéro-anastomose indiquée par l'existence d'un cancer du pylore. Depuis cette intervention, les vomissements ont cessé et l'état général s'est amélioré.

Une exploration minutieuse a permis, en outre, de reconnaître la présence d'un petit néoplasme à la partie moyenne du rectum. Vu son volume et vu l'état du malade, M. Pollosson n'a pas cru devoir tenter une seconde intervention ; et pense qu'il s'agit d'une greffe cancéreuse secondaire et rejette l'hypothèse de deux cancers primitifs.

Suite de l'observation publiée par MM. Devic et Gallavardin.

G. C..., âgé de 63 ans, journalier, entré le 16 décembre 1900 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier, dans le service de M. le Dr Devic.

Il n'y a rien de spécial à noter dans les antécédents héréditaires du malade.

Dans les antécédents personnels on ne relève pas de maladies aiguës graves. Pas de syphilis. Ethylisme certain : durant trente ans environ, le malade a bu de notables quantités de vin, d'absinthe, d'eau-de-vie. Il éprouve, depuis près de vingt ans, des pituites matinales ; toutefois il n'avait pas présenté de véritables troubles digestifs avant l'année 1896.

De 1896 à 1900, le malade fit de nouveaux séjours dans les hôpitaux de Lyon (une dizaine environ) pour des troubles abdominaux et gastriques assez mal définis. Il se plaignait d'une sensation de pesanteur épigastrique après le repos, de pyrosis, de renvois acides et, parfois aussi, de vomissements survenant généralement sans douleur bien intense, un temps variable, après le repos et se reproduisant à intervalles irréguliers. Il fut, tout d'abord, soumis au régime lacté et au bicarbonate de soude. En 1898, l'état du malade s'était un peu amélioré : il n'y avait, notamment, plus de vomissements. Le diagnostic porté fut : ancien ulcère de l'estomac, cirrhose au début. En 1898, il fit de nombreux séjours à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier. A ce moment, il présentait des sortes de crises gastriques avec douleurs abdominales vives, vomissements. Dans l'intervalle de ces crises, il n'éprouvait aucun trouble gastrique. Cependant, l'amaigrissement faisait des progrès constants.

En février 1900, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bruno. A ce moment, il ne présentait pas de vomissements, mais se plaignait de douleurs abdominales assez vives, de troubles intestinaux. L'exploration de l'abdomen était absolument négative et c'est pour faire un examen complet que l'on pratique le toucher rectal.

Le toucher fit alors découvrir un néoplasme du rectum et c'est pour cette affection que le malade fut évacué dans un service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu (service de M. Pollosson, suppléé alors par M. Tixier).

A son entrée dans le service de Chirurgie, M. Tixier, ignorant le diagnostic fait précédemment, pensa tout d'abord à un néoplasme du pylore à cause de la cachexie et des vomis-

sements qui avaient réapparu et qui préoccupaient surtout le malade. Puis le toucher rectal ayant fait sentir le néoplasme du rectum, il pensa alors à la possibilité de deux néoplasmes, dont un situé en un point indéterminé du tube digestif. M. Tixier pratiqua alors une laparotomie, déroula l'intestin, découvrit un néoplasme annulaire du pylore et fit une gastro-entéro-anastomose. Les suites opératoires furent simples et le malade engraisa de 3 kilos. Il fit ensuite un séjour à Sainte-Eugénie et fut présenté à la Société Nationale de Médecine, comme un cas de cancer double.

En 1900 et 1901, nombreux séjours à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le docteur Devic, où il se plaint surtout de troubles rectaux (évacuations sanglantes, ténésme, etc.). Au toucher rectal on sent une tumeur bourgeonnante, rétrécissant le calibre du rectum. A droite on atteint facilement la limite supérieure ; on ne peut le faire à gauche, où l'on sent une masse plus dure, oblongue, qui semble remonter haut dans le rectum. Le doigt est retiré couvert d'un liquide séro-sanguinolent. Le foie déborde de trois travers de doigt les fausses côtes. Les autres viscères sont sains, hormis les poumons qui présentent des signes d'emphysème très accentués, avec bronchite surajoutée.

Mort le 9 juin 1901, à la suite des progrès de la cachexie.

Autopsie. — Le 10 juin, trente heures après la mort.

Rectum : Tumeur annulaire qui commence à 5 centimètres au-dessus de l'anus et s'étend sur une longueur de 6 centimètres. Après ouverture du rectum, on constate que la face interne de l'intestin au niveau de la tumeur présente une série d'élevures irrégulières formant des plis et des nodules isolés. La muqueuse est tantôt gris verdâtre, tantôt rouge. Il n'y a pas de points ulcérés profondément, ni de masses en choux-fleurs. Le calibre du rectum est à peine diminué, parce que la tumeur ne fait pas une saillie marquée dans la lumière intestinale, et qu'il ne s'est pas produit de stricture à ce niveau. Au delà de la tumeur, la face interne de l'intestin est seulement congestionnée et il n'existe pas de dilatation de la portion supérieure du rectum ou de l'S iliaque. Au niveau de la tumeur, les parois du rectum sont doublées ou

triplées d'épaisseur, leur consistance est plus ferme. Il existe des adhérences intimes avec les organes voisins, notamment la vessie, dont on a dû détacher un fragment, lorsqu'il s'est agi de prélever un morceau de la tumeur pour l'examen histologique. A la surface de la coupe, aspect très lardacé ; on voit, de plus, que toute l'épaisseur de la paroi, jusqu'au péritoine, est envahie par le néoplasme.

Pas de grosses masses ganglionnaires néoplasiques dans le petit bassin. Pas de liquide dans le péritoine, ni de taches néoplasiques à sa surface.

Les ganglions mésentériques sont plus volumineux que de coutume et plus durs ; ceux qui siègent sur le bord supérieur du pancréas sont plus hypertrophiés.

Estomac : Au niveau du pylore, la masse néoplasique est exactement limitée au sphincter, du volume d'une petite noix, d'une dureté extrême, elle forme une virole complète au niveau de l'orifice laissant à peine passer une sonde cannelée de gros calibre. La muqueuse est à peine ulcérée. Le néoplasme touche à peine l'estomac et n'empiète pas sur le duodénum. Le cholédoque est perméable.

Pas d'autres ulcérations à la face interne de l'estomac ; l'orifice de communication avec l'intestin créé par la gastro-entéro-anastomose est parfaitement perméable, sans aucune trace de néoplasie.

Pas de généralisation viscérale. Ni hépatique, ni pancréatique.

Examen microscopique. — Tumeur du rectum : Le coupe a été pratiquée sur un des bords de la masse néoplasique. Vue à un faible grossissement, elle comprend un lambeau de muqueuse saine et au-dessous de ce lambeau, ainsi qu'à l'autre bout de la préparation, les parties néoplasiques.

Le fragment de la muqueuse qui persiste présente un aspect normal dans la plus grande partie de son étendue, mais à une de ses extrémités il est comme abrasé et se confond insensiblement avec les portions franchement néoplasiques. Les amas cellulaires qui constituent la tumeur siègent surtout dans la sous-muqueuse. Il y en a peu dans la tunique musculieuse, et pas du tout dans la couche sous-péritonéale.

Les parties néoplasiques sont constituées presque en totalité par des formations tubulaires cylindriques ; ces formations cylindriques se présentent, soit sous forme de tubes isolés, soit sous l'aspect de dessins plus ou moins contournés et rédupliqués ; les cellules qui en tapissent les parois sont nettement cylindriques, effilées et fortement colorées. Elles sont disposées régulièrement en cercle et limitent un espace circulaire central dans lequel se trouve une substance jaunâtre plus ou moins granuleuse et quelques débris cellulaires.

Un ganglion mésentérique du volume d'un petit pois, examiné histologiquement n'a présenté aucune altération néoplasique.

En somme, structure typique de l'épithéliome cylindrique du rectum.

Tumeur du pylore : Plusieurs fragments de la tumeur pylorique ont été examinés et tous présentent le même aspect.

Sur quelques préparations on retrouve un lambeau de la muqueuse du pylore qui permet une orientation plus exacte et facilite beaucoup l'étude de la topographie exacte de la tumeur. Ce lambeau de muqueuse est très altéré et se continue de chaque côté avec des points ulcérés et désagrégés ; les nodules cancéreux infiltrés dans le tissu conjonctif apparaissent de suite au-dessous du revêtement muqueux comme s'il émanaient du fond des tubes glandulaires, et, de là, ils s'étendent dans sa profondeur, pénétrant, dissociant les fibres musculaires et envahissant, somme toute, la totalité de la paroi gastrique.

Cette infiltration cancéreuse se présente sous la forme tantôt de petits nodules, tantôt de minces boyaux cellulaires, étirés, dissociant les fibres musculaires, s'y creusant des nids, et constitués par des éléments de petites dimensions de formes cubiques, étroitement pressés les uns contre les autres.

Mais dans quelques points, parfois en plein muscle, d'autres fois autour des vaisseaux, on constate l'existence de formations tubulaires extrêmement nettes, tapissées par un épithélium assez bas, peu coloré. Ces formations tubulaires sont parsemées d'une façon extrêmement discrète dans la préparation.

Un ganglion sus-pancréatique, accolé à la tumeur pylorique, a été examiné. Il présente une généralisation cancéreuse très accentuée. Mais ici le néoplasme semble constitué uniquement par de volumineux lobules formés de cellules jeunes, tassées les unes contre les autres, plus ou moins dégénérées au centre de l'îlot, et il faut bien chercher dans la préparation pour percevoir en quelques points une tendance à la constitution de formations tubulaires.

En résumé : Epithélioma cylindrique du pylore, à tendance carcinomateuse.

OBSERVATION XI

(NUTHALL A.-W et EMANUEL J.-G.)

Un homme, âgé de 56 ans, fut admis au Gén. hosp. de Birmingham, le 23 septembre 1901.

Il se plaignait de violentes douleurs abdominales, d'une difficulté croissante de la circulation intestinale et de ballonnement. Avant l'apparition de ces symptômes qui s'étaient manifestés progressivement et duraient depuis environ huit mois, le malade avait toujours joui d'une bonne santé.

A son entrée à l'hôpital, le malade était très émacié et très faible. L'abdomen était très distendu et on tenta d'en atténuer la distension par une ponction, mais on n'obtint qu'environ 20 onces de liquide à peu près clair et le ballonnement subsista.

La palpation ne révélait aucune tumeur, mais le toucher rectal permettait de percevoir une sténose annulaire obturant presque le conduit. Pas d'ulcération de la muqueuse, pas de bourgeons. Ces conditions révélaient une obstruction fibreuse.

Lorsqu'on discuta la question de traitement radical, on hésita entre une gastro-jéjunostomie et une colostomie, ne sachant laquelle des deux opérations soulagerait le mieux le malade.

Il y avait, en effet, une douleur épigastrique tellement nette, survenant après le repas, qu'une tumeur maligne de l'estomac ne pouvait être niée.

Il fut décidé toutefois de traiter l'occlusion rectale, qui était évidente, plutôt que de s'occuper de l'état de l'estomac qui laissait place au doute.

L'autopsie consécutive révéla d'ailleurs que l'une seule des deux opérations aurait été inefficace.

On fit une colostomie le 28, avec ouverture de l'intestin le même jour.

Du liquide d'ascite libre s'écoula à l'opération et continua à filtrer à travers la plaie jusqu'à la mort du malade qui survint trois semaines après, par faiblesse progressive, le 19 octobre.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula environ trois pintes de liquide hémorragique. Le péritoine était le siège d'une inflammation aiguë et était couvert d'un exsudat fibrineux, soudant étroitement les anses intestinales et laissant apparaître la surface très injectée sous-jacente. L'œsophage était sain. L'estomac petit et contracté avait une paroi très épaissie : estomac « bouteille de cuir ».

Les parois de l'iléon étaient épaissies par places. Le cæcum était très petit, rétracté et ses parois rappelaient tout à fait l'aspect lardacé de l'estomac.

Le côlon était, dans toute sa longueur, contracté et épaissi. L'angle droit, l'angle gauche et le rectum étaient tellement sténosés qu'ils auraient admis à peine le passage du petit doigt.

Ni sur l'estomac, ni sur l'intestin, il n'y avait d'ulcération de la muqueuse.

L'épaississement des parois mentionné était dû à une infiltration des parois du tube digestif par une prolifération d'apparence homogène, partant de l'insertion de l'épiploon gastro-hépatique, du mésentère, du méso-cæcum, du méso-côlon et s'étendant à la paroi du tube intestinal dans la couche sous-muqueuse.

Par places, cet épaississement entourait complètement l'intestin, mais partout il était plus prononcé sur le bord d'attache du viscère et s'effaçait graduellement sur son bord libre.

Le tube digestif n'était pas uniformément atteint. Sur l'intestin grêle on sentait, beaucoup mieux qu'on ne voyait, de petits nodules au point d'attache du mésentère. Sur le gros

intestin les épaississements étaient, par places, très prononcés et déterminaient les sténoses des deux angles et du rectum mentionnées plus haut.

Le grand épiploon était sain.

Il n'y avait pas d'infiltration des ganglions mésentériques, ni des ganglions rétro-péritonéaux.

Pas de métastases ailleurs. Les autres organes étaient sains.

OBSERVATION XII

(BENSAUDE)

Homme, 29 ans, serrurier, vient consulter à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, le 29 janvier 1909. Ses parents vivent et sont très bien portants. Il n'a pas eu de maladie antérieure, est marié et a une enfant bien portante.

Maladie actuelle : Il y a cinq ans, étant à bicyclette, il heurte un timon de voiture qui l'atteint au creux de l'estomac ; il tombe, a des vomissements alimentaires abondants, mais pas d'hématémèse, et reste pendant deux heures dans un état syncopal. Durant les deux mois qui suivent, il est obligé de garder un régime sévère et prend surtout du lait et des œufs ; puis, peu à peu, il reprend son alimentation normale.

Ce n'est que deux ans après l'accident, c'est-à-dire il y a trois ans, que les digestions deviennent pénibles ; il perd l'appétit, a des sensations de lourdeur après les repas et des vomissements alimentaires se produisant principalement le soir après le dîner et quelquefois le matin, à jeun.

Des douleurs très vives se produisent, s'atténuent ou disparaissent à la suite des vomissements des aliments ingérés parfois deux jours auparavant. Plusieurs fois, il a introduit ses doigts dans la bouche pour se faire vomir.

Cet état persiste avec des hauts et des bas pendant environ deux ans et depuis un an il s'est aggravé. Le malade a maigri de 16 kilogrammes, il est affaibli ; il a perdu l'appétit et ne prend que du lait et des purées. Les douleurs sont moins marquées, les vomissements ne se reproduisent plus ; le ma-

malade n'a pas d'hématémèse ni de mælena. Il a fréquemment des renvois, mais sans odeur ; il est toujours très constipé.

A l'examen de l'estomac, on note que celui-ci descend à l'ombilic ; on ne sent pas de tumeur au niveau du creux de l'estomac ; la pression au niveau de la région pylorique est douloureuse ; on ne provoque pas d'agitation péristaltique ; il n'y a pas de ganglions dans les creux sus-claviculaires.

L'examen de l'abdomen est rendu difficile par la défense musculaire. Le malade a un type de ventre fermé. Il n'y a pas d'ascite. Le foie et la rate ne paraissent pas augmenter de volume.

Le malade se lève plusieurs fois par nuit pour uriner. Il a des crampes nocturnes et des sensations de fourmillements et de doigts morts. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Rien au cœur. Rien à l'examen de l'appareil respiratoire. L'examen du suc gastrique faite par M. Carriou le 1^{er} février 1909 donne le résultat suivant :

Caractères du liquide : 20 centimètres cubes, mal émissionné, épais.

	Chiffres normaux gr.	
A Acidité totale	0,189	0,035
H Acide chlorhydrique libre	0,044	0
G Chlore combiné gastrique	0,168	0,039
H+G Chlorhydrie	0,212	0,039
T Chlore total	0,321	0,258
F Chlore minéral	0,109	0,219
L Rapport $\frac{A+H}{G}$	0,86	8,89
Rapport $\frac{T}{F}$	3	1,17

Peptones, très peu.

Acides gras, acide lactique abondant. L'examen du liquide à jeun n'a pas été fait. La réaction de Weber est positive.

Le 5 février, le malade revient à la consultation. Nous pratiquons le toucher rectal, et nous trouvons à la paroi antérieure du rectum une masse dure, un peu inégale, non douloureuse, sur laquelle on ne peut pas faire glisser la muqueuse. Rien à la paroi postérieure. On introduit le rectoscope, qui pénètre assez facilement après avoir été arrêté un instant à

environ 5 centimètres. La muqueuse rectale ne présente aucune altération particulière, et la saillie n'est pas nettement visible à l'examen rectoscopique. Croyant avoir été trompé par le premier examen, nous refaisons de nouveau un toucher rectal, qui confirme les premières données. Ajoutons que le malade n'avait aucun symptôme rectal.

Comme le malade ne peut pas entrer à l'hôpital, nous lui prescrivons un régime képhirique et nous l'engageons à venir tous les deux jours pour se faire faire des injections de cacylate. Le malade ne revint pas et nous l'avons complètement perdu de vue.

OBSERVATION XIII

(VINCENT et FERRARI, *Thèse de BARDY*)

Le nommé S... Vincent entre salle Trousseau le 15 septembre 1910 pour gastralgie, vomissements et amaigrissement rapide.

Antécédents personnels. — Il y a sept ans, chancre induré de la verge, plaques muqueuses consécutives; a été traité durant quatre mois à la clinique syphiligraphique. Ethylique endurci. Agé de 38 ans, exerce la profession de boulanger.

Histoire de la maladie.— En mai 1909, M. S... se présente à la consultation du docteur Ferrari, et déclare ressentir une vive douleur dans la région épigastrique, provoquée surtout par l'ingestion d'aliments durs, épicés, ou de liquides alcooliques. La crise douloureuse dure un quart d'heure et se termine parfois par des vomissements. Assez souvent, trois ou quatre heures après le repas, nouvelle crise douloureuse qui n'est jamais suivie de régurgitations. Dans l'intervalle des crises, la pression dans le creux épigastrique détermine une vive douleur. Le malade n'a jamais remarqué d'hématémèse ou de mælena. Un régime alimentaire et des alcalins sont prescrits. Revu un mois après, le malade se trouve bien soulagé.

Le Docteur Ferrari le retrouve un an après, fin juin 1910. Il est amaigri, l'appétit est diminué; l'ingestion des aliments

réveille des crises douloureuses avec vomissements alimentaires et aqueux. Deux ou trois fois, le malade a constaté la présence de sang noirâtre dans les matières vomies et dans les selles

Ne se trouvant plus soulagé par les alcalins, le régime alimentaire prescrit, il entre à l'hôpital, salle Trousseau, le 15 septembre 1910.

Examen le 15 septembre. — Le malade, très amaigri, asthénisé, a un teint jaunâtre. Les douleurs sont continues, plus fortes la nuit. Il ne mange plus, quoique ayant bon appétit, car l'ingestion d'aliments exaspère beaucoup la douleur sourde et continue qu'il ressent dans la région épigastrique et lombaire. Des vomissements bilieux et alimentaires surviennent tous les deux jours. A l'inspection, on constate que le ventre est étalé, avec de la submatité dans les flancs. Pas d'ondes péristaltiques, pas de sensation de flot. La palpation très douloureuse ne permet pas de sentir la moindre tumeur dans la région épigastrique. L'estomac non ptosé ne paraît pas dilaté. Le cathétérisme fait avec beaucoup de précautions ne ramène que peu de liquide. Ganglion de Troissier très net. La pupille semble paresseuse à la lumière, mais les réflexes sont conservés. Malgré cela, en raison des antécédents, on institue un traitement mercuriel 0,02 gr. de biiodure par jour.

Le 25 octobre, aucune amélioration. Immédiatement au-dessous des fausses côtes, on constate pendant les douleurs quelques petites ondulations péristaltiques après lesquelles on perçoit un bruit de glou-glou. A la palpation, on sent une petite languette à bord tranchant qui crépite sous les doigts et semble appartenir à l'estomac. Pas de dilatation gastrique appréciable, pas de sténose.

Amaigrissement extrême anorexie, vomissements fréquents. Le diagnostic de cancer de l'estomac est posé; il est très logique après l'insuccès du traitement alcalin et spécifique, et l'absence de tout signe de tabes. Peu à peu, le ventre devient volumineux, il y a de l'ascite. Le malade est constipé; souvent, il va à la garde-robe et « ne peut rien faire », dit-il. Le ventre se ballonne, est douloureux, puis, au bout de quelques jours, la débâcle se produit.

Le 22 novembre, le malade présente des signes d'obstruction intestinale ; on ne peut introduire une canule à lavements et la moindre violence arrache des cris au malade. Ce dernier est évacué en chirurgie, salle Dupuytren.

Le toucher rectal, immédiatement pratiqué, permet de sentir une plaque dure, située dans la paroi antérieure du rectum, à un travers de doigt au-dessus de la prostate, très légèrement hypertrophiée; cette masse est immobile, régulière, lisse, sans ulcérations; elle ne saigne pas. Elle écrase le rectum, l'aplatissant dans le sens transversal à tel point qu'on ne peut passer le doigt explorateur; elle est très douloureuse, elle n'atteint pas les parois latérales et postérieure du rectum. Une dilatation douce, mais très douloureuse, permet l'évacuation de l'intestin.

Quinze jours après, nouveaux signes d'obstruction : la tumeur, plus volumineuse, gagne les parois latérales du rectum dont la muqueuse est toujours intacte. Le ventre est très ballonné; il y a de l'ascite. Le malade demandant une intervention, on décide de faire un anus iliaque.

Le 20 décembre, laparotomie; on rencontre un péritoine épaissi, cancérisé, avec des anses agglutinées, adhérentes; il est impossible de pratiquer un anus iliaqué. On suture rapidement sans explorer l'estomac ni le péritoine pelvien.

Le 24 décembre, décès.

L'autopsie, ni le prélèvement des tumeurs gastrique et pré-rectale n'ont pu être faites.

OBSERVATION XIV

(CADE et ROUBIER)

P. Benoît, 60 ans, peintre-plâtrier, entre à l'hôpital pour troubles digestifs le 5 janvier 1924, décédé le 9 février 1924.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, alcoolisme; paludisme à 27 ans en Algérie. Saturnisme professionnel (coliques de plomb en 1904).

L'affection actuelle a débuté il y a quatre ou cinq mois par des douleurs abdominales, des troubles dyspeptiques, de l'anorexie, avec dégoût pour la viande, des vomissements.

Amaigrissement de plus de 10 kilogs en cinq mois. Depuis quinze jours, le ventre a augmenté de volume. Il existe une ascite abondante; après évacuation de 7 à 8 litres de liquide, on perçoit dans les régions hépatique et épigastrique une masse très dure, bosselée, non douloureuse, et à gauche on voit l'estomac, en état de tension intermittente, présenter des ondes péristaltiques. La rate n'est pas hypertrophiée. Pas de ganglions inguinaux ni sus-claviculaires. Au toucher rectal, on perçoit à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'anus une masse dure, située en avant du rectum dans le Douglas, non ulcérée ni bourgeonnante; il ne s'agit pas d'un néoplasme du rectum, mais d'une masse anti-rectale.

L'examen rectoscopique montre que la muqueuse est partout normale. Le malade est un peu constipé, ne se plaint pas de douleurs au moment de la défécation. Weber très positif. Aux poumons, quelques râles de bronchite. Rien au cœur, ni sucre ni albumine.

Le diagnostic porté fut : néoplasme pylorique avec généralisations péritonéales, hépatiques, pelviennes. Le malade s'est affaibli progressivement, a présenté des vomissements continuels et est mort de cachexie le 9 février.

Autopsie. — On constate l'existence d'une ascite abondante et on perçoit une énorme masse néoplasique de la région du pylore, laquelle a envahi le grand épiploon.

A la surface de l'intestin et sur toute l'étendue du péritoine, nombreux noyaux néoplasiques de petites dimensions, particulièrement confluent au niveau du mésentère. Après ouverture de l'estomac, vaste cancer bourgeonnant encéphaloïde de toute la région pylorique, déterminant une sténose orificielle très serrée. Le foie contient de nombreux noyaux de généralisation, assez petits et dépassant à peine le volume d'un pois. La rate, les reins et les viscères thoraciques ne présentent aucune altération digne d'être notée.

Dans le cul-de-sac de Douglas, on trouve une masse dure, nettement distincte de la vessie et de la prostate; après dissection, on reconnaît qu'il s'agit de l'S iliaque prolapsé et englobé par de la péritonite cancéreuse. A la partie supérieure du rectum, il existe un point un peu sténosé; à cet endroit, la muqueuse est normale, mais tout autour du conduit intes-

tinal, on trouve du tissu néoplasique. Il s'agit d'une métastase dans le Douglas, enserrant le rectum et englobant l'S iliaque prolabé dans le cul-de-sac péritonéal.

Examen histologique. — L'examen du fragment de la masse incluse dans le cul-de-sac de Douglas montre au sein d'un stroma fibreux assez dense des îlots et boyaux épithéliaux. La muqueuse intestinale n'est pas envahie par les formations épithéliomateuses.

En somme, chez ce malade atteint d'un volumineux néoplasme pylorique avec généralisations hépatiques et péritonéales multiples, la nature métastatique de la tumeur perçue dans le Douglas par le toucher rectal, était facilement reconnaissable en raison de l'intégrité complète de la muqueuse constatée à l'examen rectoscopique.

OBSERVATION XV

(Clinique du Prof. TIXIER, cahier S. Philippe, 1922, p. 89-90)

(due à l'obligeance du Prof. agrégé P. BONNET)

Néoplasme de l'estomac généralisé au Douglas, forme clinique simulant le cancer du rectum.

V... Ernest-Louis, 71 ans.

Le malade entre dans le service du Professeur Tixier, le 14 mars 1922 pour des troubles de la défécation.

Mère morte d'une maladie de cœur. Père mort d'affection indéterminée. Deux sœurs mortes.

Antécédents personnels. — Croup à l'âge de 6 ans. Bonne santé habituelle. Service militaire en 1870. Captivité de quatre mois en Allemagne. Scorbut au retour de la captivité. Marié à 28 ans. Femme malade d'entérite (?). 8 enfants. 3 morts en bas-âge. Un tué à la guerre. Ethylisme : 5 à 6 litres de vin; petits verres, absinthe.

Le malade est porteur d'hémorroïdes depuis l'âge de 25 ans. Peu à peu elles sont devenues très volumineuses, procidentes, et saignent avec grande abondance. Actuellement, il y a une amélioration.

L'affection actuelle semble avoir débuté en décembre 1921,

Quelque temps auparavant, le malade présentait un peu de diarrhée. En décembre, des vomissements apparaissent journellement et immédiatement après chaque repas. Appétit conservé. Pas de dégoût des viandes et des matières grasses.

En même temps sont apparus des troubles de la défécation : difficulté extrême d'aller à la selle; matières très dures, amincies, rubannées, noirâtres. Il y a eu quelquefois des filets de sang rouge déposés à la surface des matières. Ces symptômes se sont exagérés avec le temps, et depuis huit jours, le malade n'est pas allé une fois à la selle. Apparition de douleurs localisées au côté droit, constantes, sourdes, sans irradiation. Amaigrissement notable. Perte de forces assez considérable. Urinés rares, sans difficulté de la miction.

Actuellement, les vomissements se sont un peu espacés et ne reviennent que tous les trois ou quatre jours.

A l'examen : malade extrêmement maigre. Abdomen météorisé, tendre, douloureux; douleur à la pression de la fosse iliaque gauche. On ne perçoit pas le foie au-dessous des fausses côtes. Du côté gauche, gros testicule avec épидидyme également augmenté de volume existant depuis de nombreuses années.

Aux poumons, quelques sibilances et ronchus. Rien au cœur.

Toucher rectal : la prostate est perceptible, non augmentée de volume. A bout de doigt et en faisant pousser le malade, on arrive à sentir une tumeur dure.

Le 10 mars 1922 (examen du Docteur Bonnet), le malade vomit tout ce qu'il ingère. L'examen au toucher rectal révèle à bout de doigt une tumeur dure, à la face antérieure du rectum, qui paraît être plutôt une induration du Douglas qu'une tumeur du rectum proprement dite.

D'autre part, le facies du malade, avec des pommettes excavées, le nez violacé et froid, est plutôt le facies d'une sténose pylorique. Aussi l'examen se porte-t-il du côté de l'estomac et on est frappé de découvrir immédiatement, à gauche sous les fausses côtes, une tumeur dure et sensible, qui appartient évidemment à l'estomac.

S'agit-il d'un néoplasme du rectum avec semis sur le péri-

toïne et en particulier sur le grand épiploon rétracté vers la grande courbure ?

On pense plutôt à un cancer primitif de l'estomac avec généralisation péritonéale et noyau dans le Douglas. Aucun clapotage gastrique. Il est probable qu'on n'aura pas de place pour faire une gastro-entérostomie, car, si le diagnostic se confirme, l'indication de la gastro-entérostomie semble primer, malgré les accidents occlusifs, celle d'un anus artificiel.

18 mars 1922 : Opération. — M. Bonnet, avec l'assistance de MM. Maurizot et Mondan. — Incision sus-ombilicale médiane. Il y a de l'ascite légèrement hémorragique assez abondante. Tout le corps de l'estomac est pris, transformé en un canal rigide, et le petit épiploon est rétracté et induré. Le grand épiploon ne semble pas renfermer de nodule néoplasique. Il n'y a rien à faire au point de vue opératoire, si ce n'est une jéjunostomie à laquelle on ne veut pas se résoudre. Fermeture totale.

A noter : le premier symptôme de la maladie, à la Tous-saint, fut un vomissement. Un néoplasme du rectum ne donne pas, comme premier symptôme, hors de l'occlusion, un vomissement.

L'exploration au doigt, au cours de l'opération des parties basses de l'abdomen, permet de sentir quelques nodules de semis péritonéal. Il est difficile d'en préciser le siège.

28 mars. — Le malade a continué à vomir tout ce qu'il ingérait, liquide et solide. Il s'affaiblit peu à peu, maigrit, perd de plus en plus ses forces. Vomissements marc de café continuels. Le 10 avril, le malade meurt. Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XVI

(Clinique de M. le Professeur ROQUE)

(publiée par MM. J.-F. MARTIN et J. DECHAUME)

(Thèse JAMMES)

M... Jean, 56 ans, peintre, entré salle R. Lépine, le 12 avril 1923, décédé le 27 mars 1923. Vient à l'hôpital parce que son ventre augmente de volume. Pas d'antécédents héréditaires;

personnellement, en dehors des coliques de plomb à 20 ans, pas de passé digestif, pas de maladie. Il nie l'alcoolisme et spécificité. L'hiver dernier encore, il allait tout à fait bien, ne maigrissait pas et ne présentait aucun trouble digestif.

L'affection actuelle a débuté le 29 mars 1923 par des douleurs vives dans les deux hypocondres. Le ventre commence de suite à augmenter de volume. En même temps, le ~~malade~~ perdit l'appétit, ne prenant plus que du lait, ~~mais~~ les selles restent normales. Pas de vomissements.

A l'examen. — Malade subfébrile, très amaigri, bien qu'il prétende n'avoir perdu de poids que depuis quinze jours. Teint jaune terreux, pas d'ictère. Les douleurs sont moins vives que les premiers jours. Les ~~poumons~~ paraissent normaux; seule, la base droite sonne ~~mal~~, est obscure, probablement à cause du foie remonté par une ascite abondante. L'examen cardiaque ~~est~~ négatif. L'abdomen est tendu, volumineux, ~~presque~~ uniformément mat. La sensation de flot est typique. Le périmètre à l'ombilic est de 93 centimètres. La palpation du foie et de la rate est impossible. Pas d'œdème. Pas de modification de la réflectivité.

Le 16 avril 1923 l'ascite est ponctionnée : on retire 7 litres de liquide citrin à culot rouge, contenant de très nombreuses hématies, des lymphocytes en abondance, des cellules endothéliales. Immédiatement après la ponction, on voit les anses intestinales et particulièrement le côlon transverse, se dessiner sous la paroi. On sent dans la région épigastrique, dans les deux fosses iliaques, de petites masses arrondies, dures, que l'on croit être des matières. Le toucher rectal ne peut donner de renseignements, l'ampoule étant pleine. Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés.

Radioscopie. — Le diaphragme est très remonté et horizontal. Il n'y a pas de liquide pleural. Le cœur refoulé est couché sur le diaphragme, presque horizontal. Il n'est pas gros, mais il existe une dilatation presque cylindrique de l'aorte qui déborde des deux côtés le sternum, mais ne comble pas l'espace clair postérieur médiastinal en position oblique antérieure droite.

17 avril 1923. — Le ventre est de nouveau ballonné, l'ascite

reformée. La palpation ne laisse plus rien sentir. Weber positif dans les matières. Un toucher rectal pratiqué par un chirurgien (Docteur Paul Bonnet) montre l'existence d'une masse dure dans le haut rectum, qui est interprétée comme une métastase au cul-de-sac de Douglas d'un cancer, probablement de l'estomac.

Wassermann positif.

24 avril 1923. — Depuis trois jours, le malade a quelques vomissements bilieux poracés. La température fébrile ces jours derniers est descendue au-dessous de 37°. Le pouls est à 120. Douleurs abdominales diffuses. Weber positif dans les vomissements.

27 avril 1923. — Mort.

Autopsie, 28 avril 1923. — A l'ouverture de l'abdomen, ascite abondante (4 à 5 litres de liquide citrin), mais surtout on est frappé par la coloration presque complètement noire de tout le péritoine pariétal et viscéral. Au premier plan, une masse dure. C'est le grand épiploon rétracté, lardacé à la coupe. Il est parsemé de taches jaunâtres, qu'on pourrait prendre pour des formations néoplasiques, mais qui, en réalité, ne sont que de petits globules graisseux. Au-dessus de lui, deux masses : l'une supérieure, c'est le bloc formé par les anses intestinales agglutinées assez peu distendues. Le péritoine qui les recouvre est tomenteux, noirâtre : on croirait à un infarctus de la mésentérique. Mais à l'ouverture de l'intestin, on est surpris de constater que cette teinte noirâtre avec suffusion sanguine, que présente seulement la partie sous-péritonéale du tube digestif, n'intéresse que la séreuse et la sous-séreuse. La muqueuse de tout le duodénum, de tout le grêle et de la plus grande partie du gros intestin, est parfaitement normale à un examen macroscopique. Par contre, le rectum adhérent au petit bassin a été disséqué avec soin ; toute sa partie péritonéale présente les mêmes caractères que précédemment. Cependant, on est frappé par la teinte violacée de la muqueuse qui ne paraît nullement cancéreuse et qui semble simplement le siège d'hémorroïdes. Cette coloration noirâtre de leurs couches les plus superficielles n'existe pas à la partie postérieure du côlon ascendant et du cæcum. Dans le bloc supérieur, on dissèque le foie avec une capsule épaisse, sans nodules néo-

plasiques. Nombreux ganglions autour de la vésicule hépatique et autour du pylore. La veine porte est soigneusement disséquée ; elle est normale, non thrombosée, ainsi que ses premières branches ; au niveau de l'estomac, infiltration de la séreuse et de la sous-séreuse, analogue à celle ci-dessus décrite. Mais les tuniques ont un aspect cartonné et en les incisant, on se rend compte qu'elles vont en s'épaississant progressivement vers la région pylorique, où elles sont dures et crient sous le couteau. Petite ulcération prépylorique superficielle avec une légère congestion autour d'elle.

Par ailleurs, la rate n'est pas volumineuse ; périsplénite très marquée. Reins normaux. Aux poumons, symphyse pleurale au sommet gauche avec une petite caverne cicatrisée sous-jacente. Le cœur est gros (450 gr.). L'aorte très élargie est semée de plaques étendues gélatiniformes. Il s'agit donc d'une péritonite qui n'est pas tuberculeuse, mais sans doute néoplasique, bien qu'il n'y ait pas de noyau péritonéal apparent et qu'on ne trouve pas de tumeur primitive, sauf peut-être une linite de l'estomac.

Examen histologique : Bouin, hémalum, érythrosine, safran (Méthode de P. Masson).

a) Aorte : il s'agit de lésions d'athérome typiques associées à des lésions de la tunique moyenne; amincissement, infiltration par des cellules inflammatoires, dissociation par des néo-vaisseaux qui font affirmer en dehors de l'athérome l'aortite syphilitique.

b) Estomac : 1^o région prépylorique : coupe passant par l'ulcération. Lésions cadavériques de la muqueuse. On retrouve cependant d'une façon nette la place de l'ulcération; la muqueuse y est amincie, recouverte d'un dépôt fibrineux; tout à côté, hyperplasie épithéliale et conjonctive avec amas lymphoïdes nombreux, plaqués contre la sous-muqueuse comme au voisinage d'un ulcère. La musculaire muqueuse n'est nulle part interrompue dans sa continuité. Hyperplasie considérable de toutes les artériolles de la sous-muqueuse avec sclérose dense du tissu conjonctif. D'ailleurs, il existe un état inflammatoire notable au niveau de ces vaisseaux dont chacun est entouré d'une véritable gaine lymphocytaire. Mélangé à ces lymphocytes se voient aussi des cellules très différentes d'aspects,

et qui ont les caractères des cellules épithéliomateuses que nous allons décrire maintenant. Car dans la sous-muqueuse apparaît le cancer, qui infiltre également les couches musculaires lisses, et atteint son plus grand développement dans la sous-séreuse. Dissociant ces divers plans, s'infiltrant ces nappes diffuses de cellules épithéliomateuses, à limites mal définies, mais individualisées par un noyau ovale ou à contour déchiqueté, à réseau chromatinien délicat, presque toujours piqué d'une nucléole métachromatique. Mais nous n'avons pas vu de kariokinèse. Ces cellules, ne se groupent jamais en tubes ou en boyaux, mais par contre la plupart des vaisseaux lymphatiques sont le siège d'une vraie thrombose cancéreuse, leur lumière étant remplie par un entassement de cellules néoplasiques surtout dans la sous-séreuse; à un degré moindre dans la sous-muqueuse.

2° En dehors de l'ulcération, les lésions ont même aspect, siègent uniquement dans la sous-séreuse; il n'y a pas de traces de lésion de la muqueuse, de la sous-muqueuse, ni de la musculaire.

En somme : épithéliome atypique de l'estomac, type limite plastique avec lymphangite néoplasique à prédominance sous-séreuse.

e) Epiploon : lymphangite cancéreuse typique, les gros capillaires lymphatiques sont envahis par des cellules épithéliomateuses analogues à celles de la tumeur principale. De plus, infiltration diffuse du tissu cellulo-adipeux par des éléments de même type; zones hémorragiques en surface, avec plaques nécrosées sur les deux faces.

d) Duodénum : infiltration en nappe de tout le tissu adipeux sous-péritonéal, avec intégrité absolue des couches sous-jacentes. Dans la couche sous-séreuse très nombreuses zones hémorragiques et dilatation considérable des capillaires sanguins : aspect presque angiomateux.

e) Rectum : Là, comme dans le duodénum, infiltration diffuse de cellules néoplasiques dans toute la graisse sous-péritonéale, mais ici, si l'on voit un muscle intestinal normal, dans la muqueuse et la sous-muqueuse, il existe une énorme congestion avec dilatation vasculaire intense indépendante de tout **élément inflammatoire.**

Foie : lésion typique de cirrhose annulaire discrète, avec sclérose périportale et néo-canalicules biliaires. Il y a un épaissement notable de la capsule de Glissou, presque fibroïde en surface et sous-tendue par une ligne mince de cellules inflammatoires.

g) Ganglions du pédicule hépatique : épaissement de la capsule, dilatation des vaisseaux sanguins. Hyperplasie du tissu lymphoïde.

Rate : îlots inflammatoires. Pigments sanguins abondants. Enorme épaissement de la capsule; sous elle, capillaires lymphatiques thrombosés par des éléments néoplasiques.

CONCLUSIONS

Nous attirons l'attention sur les manifestations cliniques paradoxales que l'on peut observer dans l'évolution du cancer de l'estomac, du fait de métastases rectales.

Ces métastases, assez particulières au cancer de l'estomac et à la forme dite « linite plastique » seraient assez souvent histologiquement constatables. Elles semblent même relativement fréquentes lorsque le toucher rectal est systématiquement pratiqué. Elles peuvent être associées à des sténoses multiples de l'intestin ou à des tumeurs ovariennes, d'origine métastatique.

On peut retenir deux formes anatomo-cliniques :

1° L'infiltration prérectale du cul-de-sac de Douglas, sans manifestation clinique appréciable ;

2° La sténose périrectale, véritable linite plastique du rectum.

Dans cette dernière forme, les manifestations cliniques sont celles de l'occlusion.

Les malades se présentent, surtout dans cette dernière forme, avec des symptômes tels que le diagnostic de cancer primitif du rectum peut être porté avec ses consé-

quences thérapeutiques, le cancer de l'estomac restant cliniquement méconnu.

Les signes fournis par le toucher rectal, en particulier l'absence d'ulcération de la muqueuse ; des signes fonctionnels à caractère paradoxal doivent conduire à établir la nature métastatique de la tumeur rectale et à révéler l'existence du cancer de l'estomac.

La constatation de la métastase rectale ne semble pas devoir faire renoncer de façon absolue, comme on l'a dit, à une intervention même radicale sur l'estomac.

Par elles seules, les manifestations cliniques d'occlusion, dues à la métastase rectale elle-même, peuvent indiquer une colostomie de dérivation.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 6 mai 1925
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD, MOUZON et MARCHAL. — Linite plastique à foyers multiples (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 8 juin 1923, p. 835).
- ACHARD (Ch.). — Linite plastique de l'estomac et de l'intestin (*Clinique et Laboratoire*, 20 juin 1924).
- BARDY. — Les métastases pelviennes des cancers de l'estomac (*Thèse*, Alger, 1912-1913, n° 3).
- BENSAUDE. — Etude clinique des métastases intestinales du cancer de l'estomac. Importance diagnostique des métastases rectales. (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 15 avril 1910, p. 382).
- BENSAUDE (R.). — Etude anatomique et clinique des métastases intestinales du cancer de l'estomac (*Intern. Beiträge z. Path. und therap. der Ernährungsstörungen*, juin 1910 (analysé in *Arch. des Maladies de l'Appareil digestif*, 1910, p. 612).
- BENSAUDE et OKINCZIC. — Rétrécissements cancéreux multiples de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif (*Archives de Médec. expér. et d'Anat. path.*, 4 juillet 1906, p. 527).
- BLUMER (George). — The rectal shelf a neglected rectal signe of value in the diagnosis and prognosis of obscure malignant and inflammatory disease within the abdomen (*Albany Med. Annal*, mai 1909).
- CADE et ROUBIER. — Le cancer métastatique du cul-de-sac de Douglas et du rectum (*Progrès médical*, 17 avril 1920).
- CASTEX (M.-R.). — Las metastasis rectales y ovariicas en el carcinoma gastrico (*Prensa Medical Argentina*, Buenos-Ayres, 1916-1917).

- CHIARI. — Zur Kenntniss der hämatogenen geschwulst metastasen in Weiblichen genitalapparat (*Prager mediz. Wochenschr.*, 27 avril 1905, n° 17, t. 30, pp. 229 à 231, et 246 à 249).
- DE CRAME. — *La Clinique*, Bruxelles, 23 déc. 1910, t. XXIV, p. 1016.
- DEVIC et GALLAVARDIN. — De la coexistence, sur le tube digestif, de deux cancers primitifs, présentant le même type histologique (*Lyon Méd.*, 24 et 31 mai 1903).
- GAYET et PATEL. — Un cas de gastrectomie totale pour linite plastique (*Arch. g. de Méd.*, mars 1904, p. 769).
- GRIFFON et NATTAN LARRIER. — Carcinose gastrique et rectale généralisée à l'intestin grêle (*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1903, n° 6, p. 491).
- HAYEM (G.) et LION (G.). — Maladies de l'estomac (*Traité de Médecine, Gilbert et Thoinot*, 1913, pp. 440, 501, 504).
- ISRAËL. — Magenkrebs mit ungewöhnlicher secundärer ausbreitung ins besondere im Darmcanal Recurrenolämung und Bemerkung uber Künsliche Beleuchtung (*Berl. Kl. Woch.*, 1897, I, n° 4, p. 68).
- JABOULAY. — Ablation de l'estomac pour linite plastique. Résultat séloignés. Linite plastique du rectum (*Soc. anat. de Méd. de Lyon*, 1905 (*Lyon Méd.*, 1905, t. I, p. 396).
- JAMMES (F.). — Contribution à l'étude de la forme ascitique du cancer de l'estomac (*Thèse de Lyon*, 1924).
- KAPPELER. — Meine Erfahrungen über Magenresection wegen carcinome (*Deutsch. Zeitschr. f. Ch.*, Bd 64, pp. 247-283).
- KELLING. — Zur resection des Carcinomatösen Magens (*Arch. f. Kl. Ch.*, Bd 75, 1905, pp. 229-290).
- LAROYENNE (L.). — Essai sur la séméiologie du Douglas chez la femme (*Thèse de Lyon*, 1901-1902, n° 117).
- LEHMANN. — Inaug. dissert Würzburg, 1888, reproduite in Rheinwald.
- LEJARS. — Les signes à distance des cancers abdominaux (*Semaine Méd.*, juillet 1910, p. 340).
- LE NOIR et AGASSE LAFONT. — Nouveau Traité de Médecine, 1923, fasc. XIII, p. 425; p. 483.

- LENORMANT. — Les métastases pelviennes des cancers de l'abdomen supérieur, estomac en particulier (*Presse médicale*, 29 octobre 1910, p. 810).
- LERICHE. — Des résections de l'estomac pour cancer (*Thèse de Lyon*, 1906, p. 52, et obs. 6 et 64).
- LETULLE. — Les greffes cancéreuses de l'intestin (*Revue de Gynéc.*, 1897, I, p. 491, et *Presse Médicale*, 1897).
- LETULLE et JACQUELIN (A.). — Cancer de l'estomac coexistant avec un cancer du rectum (*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1920, p. 332).
- MARTIN (J.-F.) et DECHAUME (J.). — La lymphangite cancéreuse dans ses rapports avec la forme ascitique du néoplasme gastrique (*Journal de Médecine de Lyon*, 1923).
- MOLLARD (J.). — Les rétrécissements cancéreux multiples par métastases du pylore et de l'intestin (*Journal de Méd. de Lyon*, 1922, p. 1).
- MOLLIÈRE. — Maladies du rectum et de l'anus (Lyon, 1897).
- NEWTON PITT. — 1905.
- NUTHALL (A.-W) et EMMANUEL (J.-G.). — Diffuse carcinomatosis of the stomach and intestines (*The Lancet*, 1903, I, pp. 159-162).
- OEHLER (J.). — Neber Rectum Carcinome zugleich ein Beitrag zur Lehre von den metastatischen Darmcarcinomen (Clinique de Kraské, *Beiträge z. Kl. Chir.*, 87, 1913, pp. 597-611).
- ORTH (J.). — Pathol. Anat. Diagnostik (6^e édition, p. 483).
- PALMER. — Pelvis transformation métastasis as a means of reognition of hopeless abdominal carcinome (*Surgery Gyn. and Obst.*, févr. 1910, p. 154).
- PAYR. — *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd 75.
- ROSENSTIRN. — Zur Frage der Krebsmetastasen in den Overien und ni Cavum Douglasii (*Arch. f. Kl. Chir.*, 1910, t. XCII, pp. 794-815).
- ROUSSEAU. — Formes rares du cancer gastrique (*Thèse de Paris*, 1911-1912).
- SCHACHER. — Une observation de prétendue linite plastique (*Thèse de Paris*, 1905).

- SCHNITZLER (J.). — Eber eine typisch lokalisierte metastase des Magencarcinoms (*Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Ch.*, 1909, t. XIX, p. 205).
- STRAUSS (H.). — Eber die Abhängigkeit der Milchsäureguterung vom Hcl. (*Gehalt des Magensaftes*, pp. 567, 585, notes p. 581). (*Zeit. f. Kl. Med.*, Bd, 28, 1895, Lift 5 et 6).
- (*Zeit. f. Kl. Med.*, Bd, 28, 1895, Lift 5 et 6).
- Eber Eiter im Magen (*Berliner Klin. Woch.*, t. 36, 1899, pp. 870-874).
- TIGNEL. — Cancers primitifs multiples (*Thèse de Lyon*, 1903).
- TIXIER. — Voir Viannay, Devic et Gallavardin.
- TOYOSUMI (H.). — Ein Fall von stenose des Rectums durch metastatisches Karzinom bei gleichzeitigem metastasierendem Myelom (*Virchows Archiv. f. path. anat.*, t. 191, 1908, p. 70).
- VIANNAY. — Néoplasme double du pylore et du rectum (*Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 30 avril 1900). (*Lyon Médical*, t. XCIV, p. 48).
- VIRCHOW (R.). — Pathologie des tumeurs (traduction Aronsohn, 1867, t. I, p. 52).
-

